

**RACIOCÍNIO CLÍNICO DOS ENFERMEIROS  
QUE TRABALHAM NO SERVIÇO DE URGÊNCIA**

**Susana Maria Sobral Mendonça**

**Orientador(es):** Prof. Doutor Manuel José Lopes

Prof. Doutora Marta Hansen Lima Basto Correia de Frade

Tese especialmente elaborada para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem

com a colaboração da



**RACIOCÍNIO CLÍNICO DOS ENFERMEIROS  
QUE TRABALHAM NO SERVIÇO DE URGÊNCIA**

**Susana Maria Sobral Mendonça**

**Orientador(es):** Professor Doutor Manuel José Lopes

Professora Doutora Marta Hansen Lima Basto Correia de Frade

Tese especialmente elaborada para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem

**Júri:**

**Presidente:** Prof. Doutor Óscar Proença Dias

**Vogais:** Professor Doutor Manuel José Lopes

Professor Doutor César João Vicente da Fonseca

Professor Doutor Sérgio Joaquim Deodato Fernandes

Professora Doutora Patrícia Cruz Pontífice Sousa Valente Ribeiro

Professora Doutora Maria Luísa Torres Queiroz de Barros

Professora Doutora Célia Maria Gonçalves Simão de Oliveira

## **PENSAMENTO**

*"Somos aquilo que fazemos  
consistentemente. Assim, a excelência  
não é um acto, mas sim um hábito"*

Aristóteles

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Professor Doutor Manuel José Lopes e Professora Doutora Marta Hansen Lima Basto Correia de Frade orientadores, por terem sido bons ouvintes, grandes impulsionadores, atentos tutores, fiéis e amáveis incentivadores.

À Universidade de Lisboa, por me ter acolhido no Programa de Doutoramento em Enfermagem, contribuindo assim, para o enriquecimento da Disciplina de Enfermagem e melhoria dos cuidados de enfermagem em Portugal.

À Escola Superior de Enfermagem de Lisboa pela sua colaboração com a Universidade de Lisboa neste programa e por nos ter concedido todos os instrumentos necessários ao trabalho.

Ao Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, aos enfermeiros do Serviço de Urgência e da Unidade de Queimados que me acompanharam neste processo. De salientar, as vivências no serviço de urgência que me concederam momentos de aprendizagem e amadurecimento profissional para enveredar num estudo desta natureza.

A todas as pessoas que assisti que com as suas palavras e sorrisos me confortaram no meu dia-a-dia, provando-me que ser Enfermeiro é um trabalho de Excelência.

A todos os Enfermeiros com quem construí e partilhei o *Raciocínio Clínico em Enfermagem*.

Aos enfermeiros participantes empíricos pela simpatia e empenho com que me acolheram nos seus ambientes de trabalho, partilhando comigo as suas experiências pessoais e profissionais.

Aos colegas que diretamente me inspiraram e vivenciaram comigo as provas deste percurso e que com o seu olhar atento e de ternura me mostraram que todo o esforço vale a pena.

Aos meus amigos e família que com palavras carinhosas e um brilho no olhar, sempre me disseram que o caminho era em frente e, esperaram pacientemente pelo meu regresso desta longa viagem, inesquecíveis serão sempre essas pessoas e esses momentos.

Em especial, dedico este trabalho ao João e à Irene, ao Joel e ao Ari que sempre compreenderam as minhas ausências, sabendo que regressaria mais inteira e realizada.

***Um Bem Hajam...***

## RESUMO

A partir de investigações nacionais e estrangeiras constata-se a importância em aprofundar conhecimento sobre os componentes e características do Raciocínio Clínico dos Enfermeiros em diferentes contextos. O Raciocínio Clínico dos Enfermeiros (RCE) é um fenómeno central ao exercício profissional e, quando bem praticado confere benefícios às pessoas cuidadas. Assim, esta tese procura responder à questão: *Como se desenvolve o Processo de Raciocínio Clínico dos Enfermeiros que trabalham no Serviço de Urgência?*

Foi usada uma abordagem de natureza qualitativa e indutiva - *Grounded Theory*. Para a colheita de dados foram realizadas entrevistas em profundidade e observação participante. As entrevistas feitas a 20 enfermeiros e a observação participante foi sendo realizada ao longo de 6 meses de permanência em campo. Os dados do presente trabalho foram analisados de acordo com o método das comparações constantes, resultando uma teoria de médio alcance sobre o *Processo de Raciocínio Clínico dos Enfermeiros* com dois componentes, complementares e interrelacionados - *Processo de Avaliação Diagnóstica* e o *Processo de Intervenção Terapêutica de Enfermagem*.

Os resultados mostraram que o *Processo de Raciocínio Clínico* acontece em dois níveis de avaliação e ação. Em primeira instância o enfermeiro atua no *Nível I – Riscos de Vida* e só depois se dirige ao *Nível II – Problemas expressos pela pessoa*. Assim, *Apura Risco de Vida* e *Problemas expressos*, na intervenção faz *Gestão do Risco de Vida* (GRV) e dos *Problemas expressos* (GPE). O contexto foi classificado por ter dois tipos de setores: *Primeira abordagem* - Salas de emergência e Sala de Triagem e *Segunda abordagem* - Balcões e Unidade de Observação.

Simultaneamente, o *Processo de Raciocínio Clínico dos Enfermeiros* está imbuído numa *Relação Terapêutica* (RT) entre dois atores principais: enfermeiro e pessoa cuidada. A relação tem três fases sequenciais: Princípio, Corpo e Fim da relação. O Princípio da relação, acontece durante a consulta de triagem, onde predomina o *Processo de Avaliação Diagnóstica*. O Corpo da relação é essencialmente *Processo de Intervenção Terapêutica de Enfermagem*. O Fim da relação acontece na alta clínica, na transferência para um serviço de internamento ou, no limite, pela morte da pessoa.

**Palavras-chave:** Raciocínio Clínico dos Enfermeiros (RCE), Gestão do Risco de Vida (GRV), Gestão dos Problemas da Pessoa (GPE), Relação Terapêutica (RT).

## ABSTRACT

From national and foreign investigations, the importance of deepening knowledge about the components and characteristics of the *Clinical Reasoning of Nurses* in different contexts can be seen. The *Clinical Reasoning of Nurses* (CRN) is a central phenomenon to the professional exercise, when well practiced it confers benefits to the people cared for. This thesis seeks to answer the question: How is the Clinical Reasoning Process of Nurses working in the Emergency Department developed?

A qualitative and inductive approach was used – *Grounded Theory*. For collection techniques used were in-depth interview and participant observation. The interviews were conducted with 20 nurses and the participant observation was carried out over 6 months in the field. The data of the present study were analyzed according to the constant comparative method, which resulted in a medium range theory on the Clinical Reasoning Process of Nurses consisting of two components, complementary and interrelated - *Diagnostic Assessment Process* and the *Nursing Therapeutic Intervention Process*.

The results showed that the *Clinical Reasoning Process* happens before two levels of evaluation and action. In the first instance the nurse acts before the *Level I - Risks of Life* and then he goes to a second level of which are the *Level II - Problems expressed by the person*. For this purpose, it determines Life and Problems expressed by the person and for the intervention it does Life Risk Management (LRM) and the Problems expressed (MPP). The context was classified in two types of assistance sectors: First approach - Emergency Rooms and the Screening Room, and the Second approach - Branches and Observation Unit.

Also the *Clinical Reasoning Process of Nurses* is imbued in a *Therapeutic Relationship* (TR) between two main actors: nurse and the cared person. This relationship have a three sequential phases: Principle, Body and End of the relationship. The first has during the screening consultation, where predominated *Diagnostic Evaluation Process*. The Body of the relation is essentially of the *Process of Therapeutic Intervention of Nursing*. The end of the relationship happens now of discharge, of transference to an inpatient service or, in the limit, by the death of the person.

**Keywords:** Clinical Reasoning of Nurses (CRN), Life Risk Management (LRM), Management of People's Problems (MPP), Therapeutic Relationship (TR).

## LISTA DE SIGLAS

AO – Assistentes Operacionais

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CHULN – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

CIE – Conselho Internacional de Enfermeiros

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

GT – *Grounded Theory*

GPT – Grupo Português de Triagem

HSM – Hospital Santa Maria

NANDA – *North American Nursing Diagnosis Association*

NC - Notas de Campo

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PTM – Protocolo de Triagem de Manchester

RMN – Ressonância Magnética Nuclear

SNC – Sistema Nervoso Central

SU - Serviço de Urgência

TA – Tensão Arterial

TAC – Tomografia Axial Computorizada

TMA – Teoria de Médio Alcance

UG – Urgência Geral

WHO – *World Health Organization*

## ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO .....	1
PARTE I.....	11
1. RACIOCÍNIO CLÍNICO NA DISCIPLINA DE ENFERMAGEM .....	11
1.1 O FENÓMENO EM ESTUDO .....	20
1.2 RACIOCÍNIO CLÍNICO: ESTADO DA ARTE.....	26
1.3 RACIOCÍNIO CLÍNICO E O SERVIÇO DE URGÊNCIA .....	30
1.4 JUSTIFICAÇÕES PARA ESTUDAR O FENÓMENO .....	31
1.5 QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS DE ESTUDO .....	35
PARTE II.....	37
2. PERCURSO METODOLÓGICO: OPÇÕES E ENQUADRAMENTO .....	37
2.1 PARADIGMA QUALITATIVO .....	38
2.2 O INTERACIONISMO SIMBÓLICO E A <i>GROUNDED THEORY</i> .....	39
2.3 <i>GROUNDED THEORY</i> : PROCESSO E PRODUTO.....	42
2.4 A CONSTRUÇÃO DE TEORIA.....	47
2.5 FASES DO PERCURSO METODOLÓGICO.....	48
2.5.1 Contexto do estudo .....	48
2.5.2 Seleção dos participantes .....	49
2.5.3 Recolha de dados.....	49
2.6 ORDENAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS .....	55
2.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	60
3. A NATUREZA DO <i>PROCESSO DE RACIOCÍNIO CLÍNICO DOS ENFERMEIROS</i> QUE TRABALHAM NO SERVIÇO DE URGÊNCIA.....	63
3.1 SERVIÇOS DE URGÊNCIA.....	63
3.2 NATUREZA DO <i>PROCESSO DE RACIOCÍNIO CLÍNICO</i> .....	65
3.3 O CONTEXTO DA INTERAÇÃO: ESPAÇO FÍSICO .....	65
3.4 O CONTEXTO DA INTERAÇÃO: A COMPLEXIDADE DO CONTEXTO RELACIONAL .....	70
3.4.1 As relações no contexto.....	72
3.4.2 A complexidade da Relação do Enfermeiro na Triage .....	75
3.4.3 A complexidade da Relação do Enfermeiro nas Salas de Emergência .....	76
3.4.4 A complexidade da Relação do Enfermeiro na Unidade de Observação .....	78
3.4.5 A complexidade da Relação do enfermeiro nos Balcões .....	79
3.5 A COMPLEXIDADE DA RELAÇÃO DO ENFERMEIRO: PERSPETIVA GLOBAL .....	80



3.6	A NATUREZA DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA .....	82
3.6.1	O Processo de Avaliação Diagnóstica na Sala de Triagem .....	82
3.6.2	O Processo de Avaliação Diagnóstica nas Salas de Emergência.....	89
3.6.3	Processo de Avaliação Diagnóstica - Setores de Primeira Abordagem: Perspetiva Global .....	92
3.6.4	O Processo de Avaliação Diagnóstica nos Balcões.....	94
3.6.5	O Processo de Avaliação Diagnóstica na Unidade de Observação .....	98
3.6.6	O Processo de Avaliação Diagnóstica: Perspetiva Global .....	100
3.7	A NATUREZA DO PROCESSO DE INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA DE ENFERMAGEM ...	107
3.7.1	O Processo de Intervenção Terapêutica de Enfermagem na sala de triagem ...	108
3.7.2	O Processo de Intervenção Terapêutica de Enfermagem nas salas de emergência	118
3.7.3	O Processo de Intervenção Terapêutica de Enfermagem nos Balcões .....	124
3.7.4	O Processo de Intervenção Terapêutica de Enfermagem na Unidade de Observação.....	129
3.7.5	O Processo de Intervenção Terapêutica de Enfermagem: Setores de Segunda Abordagem - Perspetiva Global .....	134
3.8	O PROCESSO DE AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA, PROCESSO DE INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA DE ENFERMAGEM E A RELAÇÃO ENFERMEIRO-PESSOA NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA .....	147
4.	TEORIA DE MÉDIO ALCANCE EXPLICATIVA DO PROCESSO DE RACIOCÍNIO CLÍNICO DOS ENFERMEIROS QUE TRABALHAM NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA .....	159
5.	CONCLUSÃO .....	167

## LISTA DE DIAGRAMAS

Diagrama 1 - Categorização do <i>Processo de Avaliação Diagnóstica</i> na consulta de triagem .....	84
Diagrama 2 - Categorização do <i>Processo de Avaliação Diagnóstica</i> nas salas de emergência ...	89
Diagrama 3 - Categorização do <i>Processo de Avaliação Diagnóstica</i> nos balcões .....	95
Diagrama 4 - Categorização do <i>Processo de Avaliação Diagnóstica</i> na unidade de observação	98
Diagrama 5 – Categorização do <i>Processo de Intervenção Terapêutica de Enfermagem</i> na consulta de triagem .....	109
Diagrama 6 – Categorização do <i>Processo de Intervenção Terapêutica de Enfermagem</i> nas salas de emergência.....	119
Diagrama 7 – Categorização do <i>Processo de Intervenção Terapêutica de Enfermagem</i> nos balcões .....	125
Diagrama 8 – Categorização do <i>Processo de Intervenção Terapêutica de Enfermagem</i> na unidade de observação .....	131

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Disciplina de Enfermagem .....	12
Figura 2 - Tipologia para o conhecimento em Enfermagem.....	13
Figura 3 - Conceitos <i>major</i> do domínio do conhecimento em enfermagem e as suas inter- relações .....	14
Figura 4 - Padrões de Conhecimento em Enfermagem .....	18
Figura 5- Modelo de Julgamento Clínico .....	28
Figura 6 - Elementos da Grounded Theory.....	44
Figura 7 - Classificação dos Setores no Serviço de Urgência .....	64
Figura 8 - Planta do Serviço De Urgência.....	66
Figura 9 - A complexidade da relação do enfermeiro nos setores do SU .....	73
Figura 10 - Relações do Enfermeiro no Serviço de Urgência .....	81
Figura 11 - Perspetivas percebidas no Processo de Avaliação Diagnóstica .....	93
Figura 12 – Processo de Avaliação Diagnóstica: Perspetiva Global .....	101
Figura 13 - O modelo do processo de enfermagem baseado na Teoria Geral dos Sistemas ....	103
Figura 14 - Processo de Avaliação Diagnóstica versus Processo de Intervenção Terapêutica de Enfermagem, no evoluir do tempo .....	107
Figura 15 – Carácter multifocal da Intervenção Terapêutica dos Enfermeiros.....	136
Figura 16 - Perspetiva do Processo de Avaliação Diagnóstica e o Processo de Relação Enfermeiro-Pessoa – Setores de Primeira Abordagem (relação privilegiada) .....	151
Figura 17 - Perspetiva do Processo de Avaliação Diagnóstica e o Processo de Relação Enfermeiro-Pessoa - Setores de Segunda Abordagem (relação privilegiada).....	154
Figura 18 - Perspetiva do Processo de Avaliação Diagnóstica e Processo de Intervenção Terapêutica de enfermagem e o Processo de Relação Enfermeiro-Pessoa.....	155
Figura 19 - Componentes fundamentais da Teoria de Médio Alcance relativa ao Processo de Raciocínio Clínico dos Enfermeiros.....	159
Figura 20 - Perspetiva do Processo de Raciocínio Clínico dos Enfermeiros no serviço de urgência .....	161

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 - Critérios e procedimentos para obter credibilidade nos resultados .....	46
Tabela 2 - Técnicas de colheita de dados e eixos de análise .....	50
Tabela 3 - Entrevista - E1_AN_2010160212 .....	57
Tabela 4 - Memo da Entrevista - E5_CA20160309 – 11 - h.....	57
Tabela 5 - Pessoas triadas sob Protocolo de Manchester .....	69

## 0. INTRODUÇÃO

As políticas em saúde têm vindo a alterar a sua estratégia relativamente aos cuidados aos cidadãos, passando de uma orientação exclusivamente fundamentada em indicadores de processo (números de consultas, de cirurgias, etc.), para o desenvolvimento de estratégias que capacitam as pessoas para a sua independência e autonomia. Esta mudança estrutural é produto de uma aposta na literacia em saúde por parte dos profissionais, das pessoas e dos cuidadores informais, capacitando-os para manter a saúde, responder às necessidades, ou enfrentar problemas concretos de doença. Assim, implementam-se táticas em prol das pessoas e dos seus problemas, minimizando incongruências nos sistemas de saúde e com a finalidade de corresponder às diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS), que se centram nos seguintes pressupostos: os cuidados de saúde de qualidade contemplam um elevado grau de excelência profissional, um nível mínimo de riscos para as pessoas e eficiência na utilização dos recursos (WHO, 2006).

Também, o crescimento e desenvolvimento das instituições de saúde, sejam elas de cariz público, público-privado ou privado, cuja gestão é centrada em objetivos, impele os gestores, as organizações e os profissionais ao aperfeiçoamento de estratégias de qualidade e de *marketing* para responderem melhor às necessidades das pessoas. Para dar melhores condições e ofertas mais desejáveis em saúde usam, de forma racional e eficiente, todos recursos (humanos, materiais e financeiros) e ainda garantem a otimização da tecnologia.

De facto, esta evolução sistemática dos sistemas e das políticas de saúde conduz os enfermeiros para uma participação ativa na sua reestruturação e na construção de programas de monitorização e *report*, ao apostar numa reflexão e análise que parte do estudo e aplicação de intervenções inovadoras que correspondam aos problemas da sociedade em termos de bem-estar social e de saúde. Por certo, esta responsabilidade dos enfermeiros obriga-os a dilatar e a tomar consciência dos percursos de investigação relevantes para a sua área de atuação, ao proporcionar mais conhecimento científico sobre as intervenções e os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem. Na ambição de que a aplicação deste conhecimento contribua para ganhos em saúde na prática clínica e, conseqüentemente, para um exercício profissional de excelência. Também, se as suas intervenções afiançarem satisfação, reconhecimento e

confiança das pessoas<sup>1</sup>, leva a maior adesão terapêutica e, naturalmente a um mais célere sucesso interventivo.

Para os órgãos de decisão, estes contributos dos enfermeiros na prática clínica, na consultoria e na investigação são instrumentos valiosos para legitimar o benefício das suas intervenções junto das pessoas e para as finalidades das instituições e, por reflexão e consequência, na própria sociedade.

Realmente, é por estarmos convictos de que os enfermeiros fazem a diferença nos cuidados em saúde que decidimos enveredar pelo seguinte trabalho de investigação: *O Raciocínio Clínico dos Enfermeiros que trabalham no Serviço de Urgência* (SU), enquadrado no domínio disciplinar da enfermagem, enquanto ciência humana e de orientação para a prática. Portanto, o desenvolvimento deste conhecimento científico orienta-se para:

- i) O interesse pela realidade e conduta humana através da descrição, explicação e compreensão dos processos envolvidos na arte de cuidar em enfermagem;
- ii) O ampliar de conhecimento acerca das necessidades de cuidados de enfermagem e seu benefício para as pessoas, construindo respostas para cuidar melhor das pessoas e da sua saúde.

Por isso, a enfermagem tem como focos de investigação temas do quotidiano da sua prática, em que os atores em interação são seres humanos, co-constructores duma realidade social, que importa conhecer para melhor acompanhar e intervir.

O processo formativo de doutoramento e o estudo deste fenómeno, desde o início que pretenderam ser relevantes na construção individual, de acordo com valores, interesses, percurso profissional e de investigação e, trazer benefícios para a saúde das pessoas que usufruem de cuidados de enfermagem nos serviços de urgência; ser útil para a formação de futuros enfermeiros, sendo pertinente para a disciplina e profissão, em função do estágio teórico do conhecimento e da prática. E ainda, vincular a autonomia, o reconhecimento profissional e social da enfermagem.

A **pertinência** deste estudo está sediada em razões de ordem disciplinar e científica:

- o **Raciocínio Clínico** (RC) é um **fenómeno central ao exercício profissional** dos enfermeiros e **confere benefícios às pessoas cuidadas** (Benner, 1984, 1987; Benner & Wrubel, 1989; Kraischsk & Anthony, 2001; Laurie *et al.*, 2001; Tanner 2006; Hoffman, 2007), que nos importa aprofundar;

---

<sup>1</sup> A pessoa é o termo usado neste trabalho para nos referirmos ao beneficiário de cuidados.

- É reconhecido que enfermeiros com **capacidades de RC efetivas têm um impacto positivo** nos cuidados às pessoas (Benner *et al.*, 2009) e que, por outro lado, enfermeiros com capacidade de raciocínio clínico imaturo muitas vezes não conseguem detetar atempadamente a deterioração do estado clínico do doente (Aiken *et al.*, 2003);
- O impacto do RC nos cuidados de enfermagem. É salientado pelo Health Incident Management no NSW Public Health System (2008). As três principais razões para os **resultados adversos nos doentes** são a **falha de diagnóstico correto**, a **falha em instituir o tratamento adequado** e a **gestão inapropriada de complicações**. Estes aspetos estão relacionados com capacidades de raciocínio clínico precárias (Benner *et al.*, 2009). Isto clama à nossa responsabilidade como enfermeiros, para se desenvolver trabalho que resolva ou minimize estes problemas;
- Pelo facto de o **Raciocínio Clínico ser pessoalmente exigente e profissionalmente complexo**, impondo a articulação de várias dimensões: profissionais, pessoais e contextuais. E, ainda pelo nível de complexidade de cuidados de saúde exigidos na urgência. Daí ser fundamental conhecer profundamente as necessidades, o contexto e os atores envolvidos, bem como ser compreendido e teorizado (Mendonça *et al.*, 2016);
- Por constatararmos que **o RC dos enfermeiros no Serviço de Urgência** ainda não está descrito em Portugal e, segundo os autores a nível nacional e internacional afirmam, que merece exploração, sistematização e explicação teórica (Del Bueno, 1994; Higuchi & Donald, 2000; Jesus, 2004; Lopes, 2006; Tanner, 2006; Hoffman, 2007);
- Ao mesmo tempo, por ser certo que a ação de enfermagem e o processo de cuidar varia em relação ao contexto socio-cultural onde ocorre (Paterson & Zderad, 1976; Morse *et al.*, 1997). Daí enveredarmos por pesquisa com recurso a participantes e contexto nacionais, produzindo uma compreensão multicontextual do fenómeno.
- Porque **o uso inadequado dos SU** constitui um dos mais graves problemas dos serviços de saúde a nível mundial (Carret *et al.*, 2007), o que levanta preocupações acerca da disponibilidade de cuidados de saúde para toda a população (Pereira *et al.*, 2001). Isto pode comprometer o atendimento realmente urgente e aumenta custos desnecessários, sendo prejudicial quer para a saúde, em geral, quer para a economia de um país (Carret *et al.*, 2007). Como ainda, coloca em risco a segurança e qualidade dos cuidados. Dado que os recursos humanos e materiais das instituições são sempre finitos ao contrário das necessidades humanas em saúde. Face a isto, é crucial identificar que estratégias usam os enfermeiros no discernimento de situações graves e não graves no SU, evitando prejuízos para as pessoas;

- Porque **em Portugal as pessoas procuram o SU** por motivos que não são uma verdadeira urgência (Silva, 2009; Novo, 2010): i) por iniciativa pessoal, pela proximidade, facilidade de acesso e por acreditarem que estes serviços têm um leque variado de cuidados de saúde; (ii) enviadas pelo médico de família, para realizar exames complementares de diagnóstico; (iii) por ser uma via mais fácil para o internamento; (iv) por serem idosos ou sem-abrigo com doenças crónicas ou problemas sociais que não estão enquadradas na missão dos serviços de urgência. Estas circunstâncias acontecem diariamente e os enfermeiros devem estar preparados para agir em conformidade, sem haver prejuízos para estas pessoas;
- Por haver uma **predileção profissional e pessoal pela intervenção de enfermagem em situações limite**, em que o **risco de vida das pessoas** está muitas vezes em causa, mas que a intervenção precoce pode evitar o sofrimento e no limite a morte. O ter a capacidade de assistir e provocar este *volte face* é extraordinário, concedendo-nos uma satisfação profissional quase indiscreível, daí o nosso entusiasmo por este assunto.
- Por ser um serviço onde se **assistem pessoas com elevada gravidade clínica e instabilidade**. Também o número **elevado de pessoas que vão ao serviço de urgência** justifica em boa parte a preocupação como enfermeiros pela qualidade e segurança na assistência neste ambiente;
- Por persistirem algumas questões sobre: **Que características detêm os enfermeiros** que trabalham neste contexto? **Como assistem e vigiam 30 a 40 pessoas** a seu cargo? **Como selecionam e organizam a informação para agir?**
- Finalmente, por estarmos **focados em obter uma explicação e uma compreensão teórica** sobre o pensar (cognição) e o agir (ação) do enfermeiro, acreditando que estes se relacionam dialeticamente entre si;
- Outro prisma de interesse é pensarmos que o discurso profissional deve transpor e libertar-se das barreiras do anonimato e transferir-se para a linguagem escrita, de forma a ostentar a riqueza do exercício profissional dos enfermeiros. Neste sentido, é responsabilidade individual de cada enfermeiro diligenciar esta transição da invisibilidade do conhecimento para o mundo visível da profissão e da disciplina.

Naturalmente, as razões anteriormente expostas são, sem sombra de dúvida, o centro das nossas reflexões sobre as pessoas cuidadas no SU e a prática clínica dos enfermeiros e, consequentemente, a sua crescente responsabilidade profissional. De facto, há um conjunto de competência(s) que estão subjacentes às diferentes intervenções de enfermagem e que concretizam o processo de cuidar dos enfermeiros, (Le Boterf, 1995; Schön, 1998; Benner,



2000)<sup>2</sup>. Este processo de cuidar é complexo, despertando continuamente o interesse de investigadores que têm provado o seu impacto nos cuidados de saúde (Benner & Wrubel, 1989; Meleis, 1991; Lopes, 2006; Tanner, 2006). Por isso, pensamos que as justificações disciplinares e clínicas evocadas são suficientes para concretizar um estudo desta natureza.

Relativamente ao *Raciocínio Clínico dos Enfermeiro* (RCE) e os elementos que colaboram na sua construção, como sejam, o pensamento crítico, o julgamento clínico e a tomada de decisão (Benner, 1984; Benner & Wrubel, 1989; Kraischsk & Anthony, 2001; Laurie *et al.*, 2001; Tanner 2006; Hoffman, 2007), serão clarificados e diferenciados, na medida adequada, neste trabalho.

Neste seguimento, o *Raciocínio Clínico* é tido aqui como o processo de cognição para estruturação da ação até à própria intervenção do enfermeiro, fundado em capacidades de pensamento crítico, de julgamento clínico e de tomada de decisão. Este conceito está em consonância com autores que têm vindo a estudar o raciocínio clínico, a tomada de decisão e o pensamento crítico (Correa, 2003; Tanner, 2006; Gordon, 2006; Hoffman, 2007; Alfaro-LeFevre, 2009; Simmons, 2010; Thompson, 2013).

Na literatura científica, o RC aparece, inicialmente, ligado exclusivamente aos médicos e depois estudado noutras áreas disciplinares, como é o caso da enfermagem. Atualmente, é considerado pelos estudiosos de enfermagem como o caminho percorrido pelos enfermeiros desde a colheita de pistas, o processamento de informação, o entendimento do problema ou da situação da pessoa, o planeamento, a implementação de intervenções e a avaliação dos resultados (Kraischsk & Anthony, 2001; Laurie *et al.*, 2001; Hoffman, 2007).

É certo que a crescente responsabilidade profissional e autonomia conduziram para o aprofundar de conhecimento nesta matéria e, desde a década de 80 surgiram alguns trabalhos sobre o processo cognitivo do enfermeiro, os componentes e os fatores que o caracterizam, emergindo o Processo de Enfermagem (PE). Segundo Meleis (2012) e Lopes (1999, 2006), é importante continuar a investigar para se construir teoria e modelos que explicitem o modo de pensar e agir do enfermeiro na prática clínica e, por outro lado, ter matéria para comparar as assunções vigentes em múltiplos contextos.

Os resultados dos trabalhos sobre *Raciocínio Clínico* e os seus princípios orientadores continuam a emergir, de onde se tem concluído que a otimização do raciocínio clínico dos enfermeiros melhora a qualidade dos cuidados prestados (Laurie *et al.*, 2001; Kraischsk & Anthony, 2001; Benner, 2001; Tanner, 2006; Hoffman, 2007).

---

<sup>2</sup>A competência que os autores designam como capacidade de responder de modo complexo e dinâmico.

Por ter tal impacto na saúde das pessoas, torna-se urgente expandi-lo e contextualizá-lo para que os resultados da investigação adquiram potencial para colmatar as necessidades dos profissionais e das pessoas, ou seja, à generalização lógica de um entendimento teórico duma classe de fenómenos similares (Popay, Rogers & William, 1998).

Os factos anteriormente mencionados e as razões pessoais e clínicas direccionaram-nos para um estudo sobre os enfermeiros que trabalham num serviço de urgência polivalente, que cuidam de pessoas em situação crítica.

Estudar o *Raciocínio Clínico dos Enfermeiros* no Serviço de Urgência significa dirigir a atenção para o universo das pessoas envolvidas (enfermeiros, pessoas cuidadas e famílias) e para as suas múltiplas dimensões. Ou seja, investigar este tema dirige-se às seguintes finalidades: i) estudar um fenómeno complexo e central para a enfermagem; ii) compreender como o enfermeiro constrói o raciocínio clínico no cuidar de pessoas em situação crítica, dada a sua condição de instabilidade e imprevisibilidade nos vários setores do serviço de urgência; iii) enformar o *modus operandi* dos enfermeiros num determinado contexto; iv) identificar estratégias promotoras da qualidade da prática de cuidados; v) elaborar uma explicação teórica sobre o fenómeno.

Com este estudo pretendemos responder à questão de investigação: ***Como se desenvolve o Processo de Raciocínio Clínico dos Enfermeiros que trabalham no Serviço de Urgência?***

Para tal, efetuaram-se entrevistas em profundidade e observação participante para clarificar um domínio de intervenção de enfermagem que, segundo os autores: Meleis (2005); Lopes (2006) e Sapeta (2011), merece ser explorado. Por outro lado, conduzir os participantes a tomarem consciência do processo, por reflexão na ação e para ação. E mostrar a magnitude da prática clínica que, mesmo em circunstâncias adversas e exigentes, responde adequadamente à elevada complexidade situacional.

Dada a importância deste processo, é primordial que as decisões nasçam a partir do raciocínio clínico, em consonância com um alto nível de responsabilidade ética e deontologia profissional, tal como salienta Benner & Wrubel (1989:19-20) “a excelência está incorporada na própria prática, e a prática é, por isso, uma arte moral e não simplesmente uma ciência aplicada ou tecnologia”. Afinal, poder-se-á dizer do raciocínio clínico o que Mayeroff (1971) afirma sobre o cuidar: não basta ser bem-intencionado para o conseguir.

No que se refere ao paradigma usado, optou-se pela **investigação qualitativa**, tendo em conta os objetivos, finalidades e características do objeto de estudo. Visto que este paradigma permite descobrir os processos de cuidado às pessoas e fortalece indutivamente a teoria de enfermagem (Cuesta, 2010). Neste sentido, quer pela natureza do processo, quer pela questão central de

pesquisa, a opção metodológica recaiu sobre o paradigma interpretativista usando o Interacionismo Simbólico em investigação e recorreu-se ao **método da *Grounded Theory*** (GT).

O **contexto do estudo** foi um **serviço de urgência central e polivalente**, naturalmente vocacionado para cuidados a pessoas em fase adulta, em situação urgente e emergente. Os participantes do estudo foram **enfermeiros voluntários** que desempenhavam funções no serviço de urgência há pelo menos 5 anos. A **colheita de dados** foi realizada recorrendo à **observação participante** e à **entrevista em profundidade**. A **análise de dados** realizou-se pelo método das comparações constantes, em consonância com as perspetivas do interpretativismo e do Interacionismo Simbólico. O eixo central do estudo, colocado no *Processo de Raciocínio Clínico do Enfermeiro* face a situações clínicas e na atribuição de significado através dos seus discursos.

Para este estudo partimos com algumas referências conceptuais:

A **pessoa** é o termo usado neste trabalho para designar o beneficiário de cuidados e, igualmente por este conceito ser abrangente, para nos referirmos aos diferentes atores (o **enfermeiro a pessoa**, que proporciona cuidados; a **pessoa cuidada**, aquela que usufrui e participa ativamente nos cuidados; e a **família**, num significado amplo, ou seja, é a pessoa significativa, familiar ou não, que acompanha e se envolve nas decisões e no processo de cuidar. Também é um ser humano interdependente dos outros humanos, em desenvolvimento permanente através das escolhas que realiza e da interação com os outros (Paterson & Zderad, 1976). Ele é detentor de autonomia, de crenças e valores que o capacitam a participar nos cuidados de saúde.

A palavra **cliente** surge por ser a tradução do inglês para o português e quando é referida a Teoria de Meleis (2010, 2012) e/ou outros autores. Ou seja, é o ser humano com necessidades específicas que interage com o meio e possui a capacidade de se adaptar às suas mudanças, a quem se destina este cuidado “o destinatário das intervenções de enfermagem” (Meleis, 2010:68). Também, nesta investigação as pessoas que os enfermeiros cuidavam são sempre referidos como a(s) pessoa (s). Permitindo assim, facilitar a interpretação dos discursos e das observações que, embora formalmente corretas, poderiam apresentar sentido dúbio.

A **enfermagem** é a “arte e ciência de facilitar processos de transição dos seres humanos, abrangendo as suas experiências, tendo como finalidade a saúde e bem-estar das populações” (Meleis, 2010:5). O enfermeiro tem como função acompanhá-los e apoiá-los nesses momentos de mudança e alterações para que estes sejam o menos penoso e o mais saudáveis possível. Assim, a **missão da enfermagem** é “promover uma transição saudável de forma a aumentar os

ganhos de saúde, focando as suas intervenções na prevenção e promoção e intervenção no processo de transição” (Meleis, 2010:5).

Neste trabalho são focadas as **transições de saúde/doença** (Meleis, 1991, 1997, 2010), que estão relacionadas com uma mudança súbita ou gradual da condição de saúde, da passagem de um estado saudável para viver com uma doença crónica ou o agravamento do estado da condição de saúde. É este o tipo de transição assistida no serviço de urgência.

Também, o **cuidar** “é um processo que facilita o sucesso das transições e que não necessita de vínculo clínico para se determinar o início e o final do evento transicional” (Meleis, 2010: 68).

A **saúde** é mais do que simplesmente ausência de doença. É a adaptação e manifestação da consciencialização, empoderamento e controle sobre a sua vida, e, quando ocorre desequilíbrio desses elementos, inicia-se o processo de transição (Meleis, 2010).

Em relação ao **Processo de Raciocínio Clínico** no serviço de urgência, para este trabalho, ele é o processo de raciocínio efetuado pelo enfermeiro desde que toma consciência da existência da pessoa, dá início à colheita de dados, colhe pistas, analisa, processa informações e toma decisões continuamente desde o primeiro segundo. As decisões que toma têm duas intenções, decidir o que apurar; decidir que intervenções de enfermagem implementar. Ao mesmo tempo, avalia resultados e age em conformidade com os novos resultados e informações. Este é um processo dinâmico e evolutivo, na identificação de necessidades e na resolução dos problemas das pessoas, das mais simples às mais complexas. Também as decisões tomadas progridem em complexidade e no tempo, à medida que a interação entre o enfermeiro e a pessoa se sedimenta e evolui.

Do mesmo modo, partimos do pressuposto que a **prática de cuidados de enfermagem** no serviço de urgência é **fundada em raciocínio clínico** desenvolvendo intervenções para situações reais e/ou potenciais. Mais ainda, antecipa problemas e promove intervenções precoces que previnem complicações futuras na saúde da pessoa. O enfermeiro identifica problemas e protege a pessoa em todas as suas dimensões, ao executar intervenções terapêuticas de acordo com os verdadeiros interesses da pessoa e das suas necessidades.

Em relação a este documento, é um relatório que descreve o processo de investigação efetuado e a tese construída sobre este tema. O mesmo tem o propósito de servir de instrumento para submissão a provas públicas para a obtenção do grau de Doutor em Enfermagem pela Universidade de Lisboa, em colaboração com a Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

A construção da Teoria de Médio Alcance (TMA) sobre o *Raciocínio Clínico dos Enfermeiros que trabalham num Serviço de Urgência* enquadra-se no domínio disciplinar da enfermagem e resulta da compreensão da estrutura deste processo de raciocínio.

A organização deste documento segue uma lógica cronológica sobre o percurso de desenvolvimento recomendado pela *Grounded Theory*, onde salientamos a fase de recolha e análise dos dados e, subsequentemente a construção da TMA.

A **Parte I**, apresenta o fenómeno em estudo, o estado da arte sobre o *Raciocínio Clínico* e a evolução do objeto de estudo na disciplina e na profissão. De seguida, é feito um breve enquadramento dos serviços de urgência e das suas particularidades. Por fim, apresentam-se as justificações para estudar o fenómeno, questões de investigação e os objetivos.

Na **Parte II** são apresentadas as opções e o percurso metodológico que orientaram o trabalho empírico. São descritos os fundamentos teóricos da metodologia qualitativa, em geral, e da *Grounded Theory*, em particular, no sentido de compreender a natureza do estudo, os seus contributos, os limites e as obrigações de rigor metodológico.

Na **Parte III**, apresentam-se os resultados do estudo, organizados de acordo com a proposta de Charmaz (2006), segundo a estrutura, o processo e as consequências do fenómeno.

A **Parte IV** descreve a Teoria de Médio Alcance (TMA) sobre o ***Processo de Raciocínio Clínico dos Enfermeiros no Serviço de Urgência*** e a discussão dos resultados à luz da literatura, sendo apresentadas as limitações, implicações e sugestões decorrentes do estudo.

No relatório, é usada a letra a negrito para destacar afirmações centrais à investigação, conceitos emergentes e constituintes da teoria. A letra em itálico é usada para assinalar termos sem ou de tradução difícil, para destacar a designação da teoria emergente, pontualmente, para ressaltar termo(s) em uso na literatura de enfermagem, mas cuja ortografia pode ser considerada formalmente pouco adequada e, ainda, para salientar citações de autores. É também usada nos excertos dos dados que testemunham a voz dos participantes.



## **PARTE I**

### **1. RACIOCÍNIO CLÍNICO NA DISCIPLINA DE ENFERMAGEM**

Este capítulo pretende mostrar o enquadramento do *Raciocínio Clínico* na Disciplina de Enfermagem. Assim, partimos da fundamentação da disciplina, respondendo a três questões estruturantes: O que é uma disciplina? A Enfermagem é uma disciplina e que tipo de disciplina? E, por fim, mostramos como existe o *Raciocínio Clínico* dentro da própria disciplina.

Primeira questão: **O que é uma disciplina?** Uma disciplina é algo com uma "gramática lógica" e é governado por "princípios lógicos através dos quais a explicação e as teorias dessa disciplina são validadas" (Hirst, 1967). Ou, como afirma Pereira (2005), "(...) toda disciplina científica tem a caracterizá-la um objecto, um método e um corpo conceitual...toda disciplina científica tem uma terminologia própria. O corpo conceitual revela, pois, aquilo que é característico de uma disciplina científica". Também, podemos dizer que a disciplina é uma categoria organizadora do conhecimento científico; ela institui a divisão e especialização do trabalho e responde à diversidade das áreas que as ciências abrangem. Embora inserida num conjunto mais amplo, uma disciplina tende naturalmente à autonomia pela delimitação das fronteiras, da linguagem em que ela se constitui, das técnicas que é levada a elaborar e a utilizar e, eventualmente, pelas teorias que lhe são próprias (Morin, 2005:105).

Deste modo, a estrutura conceitual do conhecimento numa disciplina está construída em torno da percepção do seu objeto de estudo, dos conceitos centrais, das metodologias de investigação e das intervenções implementadas nos contextos. O facto de uma disciplina ter um património próprio de conhecimento, é ponto-chave para lhe conferir idoneidade e poder no campo disciplinar. O que também lhe dá um território distinto com limites teóricos e práticos, mostrando uma perspetiva única de olhar os fenómenos.

Partimos, agora para a segunda questão: **A Enfermagem é uma disciplina?** Afirmamos que sim, visto que ela possui todos os componentes acima exigidos, ou seja, a enfermagem tem:

- I) Um objeto, que são as vivências humanas nos processos de transição (desenvolvimentais, situacionais e de saúde-doença);

- II) Um objetivo, que é conhecer as experiências das pessoas nos processos de transição, com o propósito de cuidar nesses processos;
- III) Uma finalidade: facilitar os processos de transição no sentido de se alcançar uma maior sensação de bem-estar (Meleis & Trangenstein, 1994; Meleis, 2012).

De facto, estes parâmetros definem a natureza da sua investigação e os seus limites em relação a outras disciplinas.

Para a terceira questão: **Que tipo de disciplina é a Enfermagem?** Neste caso, socorremo-nos de Pombo (2004) ao afirmar que são sete os critérios que permitem distinguir uma disciplina de outras: 1) O domínio material ou objeto de estudo; 2) O conjunto possível de fenómenos observáveis; 3) O nível de integração teórica; 4) Os métodos; 5) Os instrumentos de análise; 6) As aplicações práticas e; 7) As contingências históricas.

Para o primeiro critério: o **domínio material ou objeto de estudo**, “Um domínio de conhecimentos é (...), o ponto central de uma disciplina. (...) constitui-se como um território com limites teóricos e práticos.” (Lopes, 2006). Para este ponto, analisemos a Figura 1 sobre a disciplina de enfermagem na perspetiva de Meleis (1991), desde uma perspetiva micro até uma perspetiva macro, ou seja, desde o seu domínio de conhecimentos próprios até à sua existência na relação com outras disciplinas. Assim, temos como ponto central o domínio da enfermagem que existe sedimentado em Teorias e que é desenvolvido a partir de Investigação. A disciplina de Enfermagem inclui os conteúdos e processos relacionados com todas as funções do enfermeiro: a administração, o ensino, a política, a clínica e a consultoria. Sob este prisma, o domínio da enfermagem, as Teorias, a Investigação e as funções do enfermeiro coexistem envoltos no conhecimento de outras disciplinas relacionadas.

Figura 1 - Disciplina de Enfermagem



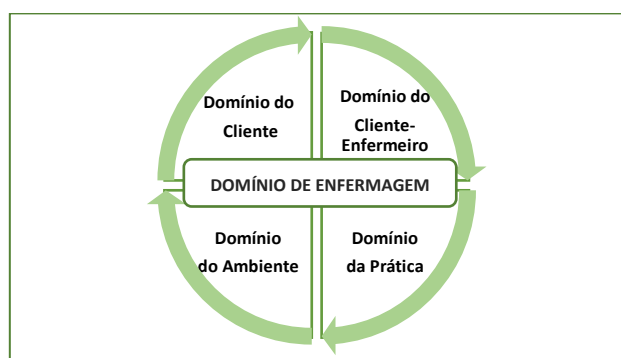
Fonte: Meleis, 1991



É de realçar que o domínio da enfermagem para Meleis (1991) possui componentes centrais como: i) conceitos *major* e os problemas da sua esfera de atividades; ii) processo de avaliação, diagnóstico e intervenção; iii) instrumentos para avaliação, diagnóstico e intervenção.

Ainda, em relação ao domínio da disciplina, também Kim (2000:41) identificou quatro domínios em enfermagem: cliente, cliente-enfermeiro, prática e ambiente (Figura 2). Para a autora estes domínios apontam para quatro áreas do mundo empírico em que se desenrolam os fenómenos em enfermagem. Esta tipologia é um mapa concetual que serve para orientar as investigações para progressão da disciplina, de forma sistemática e organizada, estabelecendo relações entre os conceitos e os domínios.

Figura 2 - Tipologia para o conhecimento em Enfermagem



Fonte: Adaptado de Kim (2000: 41)

O **domínio do cliente** é central para a disciplina, sendo uma área de interesse epistemológico, em que se dá ênfase ao desenvolvimento do conhecimento acerca do fenómeno humano. Isto significa que a enfermagem se preocupa com tudo o que diz respeito ao cliente, identificando a natureza dos seus problemas e intervindo de acordo com as suas necessidades (Kim, 2000:42).

O **domínio cliente-enfermeiro** é a área referente aos fenómenos que ocorrem nos encontros entre enfermeiro e cliente. Este domínio evidencia as características da relação no processo de cuidados, incluindo as especificidades do espaço físico, formas de comunicação, a componente emocional e interacional. O contacto de proximidade entre eles proporciona momentos de troca de informações, afeto e emoções, promovendo a confiança entre ambos. Para Kim (2000), o toque, a comunicação empática e a relação terapêutica são cruciais para os cuidados.

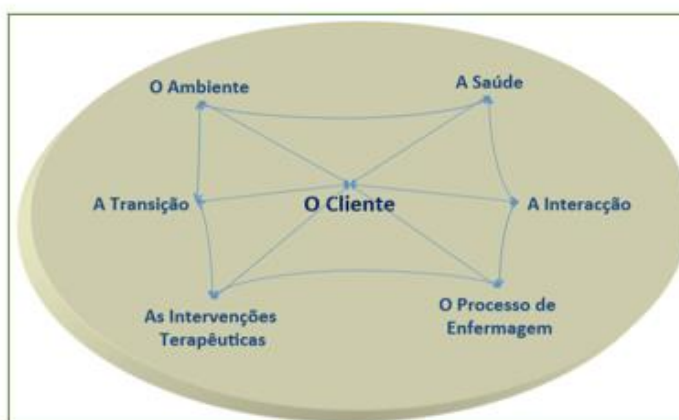
O **domínio da prática** engloba os fenómenos e conceitos referentes à ação dos enfermeiros. O conceito da prática refere-se aos aspetos cognitivos, comportamentais e sociais na intervenção aplicada mediante os problemas. Abrange os fenómenos desde a avaliação, identificação de

problemas e planeamento de intervenções, colocando na ação a forma como pensa, como decide, articulando conhecimento e transferindo-o para a prática.

O **domínio do ambiente**, é essencial ao desenvolvimento do conhecimento em enfermagem, pois é o espaço referente ao mundo externo onde coexistem todos os domínios. É no ambiente que acontece a relação entre cliente-enfermeiro e a própria prática do enfermeiro. De acordo com Kim (2000), o ambiente é caracterizado mediante três aspetos: tempo, espaço e qualidade, em que o centro é o cliente e os significados que ele lhe atribui. O ambiente é composto por aspetos físicos, sociais e simbólicos.

Mas ainda, voltando ao **domínio do conhecimento em enfermagem** segundo Lopes (2006:90) ele não se esgota nos conceitos *major* da disciplina, é necessário mais do que isso. É fundamental compreender as relações entre os conceitos e a forma como se organizam para construírem um todo. Dito por outras palavras, eles devem mostrar o verdadeiro domínio de conhecimentos através de um mapa concetual. Isoladamente, não passariam de um conjunto de conhecimentos dispersos que teriam pouca utilidade. Assim, Lopes (2006) ilustra-nos este pensamento das relações existentes entre os *conceitos major* (Figura 3), tendo como referência Meleis (1991, 1997).

Figura 3 - Conceitos *major* do domínio do conhecimento em enfermagem e as suas inter-relações



Fonte: Adaptado de Lopes (2006: 91)

Para Meleis (1991, 1997) os conceitos *major* comunicam entre si: o enfermeiro interage (*interação*) com um ser humano numa situação de saúde/doença (*cliente de enfermagem*), ele é uma parte integrante do seu contexto sociocultural (*ambiente*) e está em alguma espécie de

transição ou antecipando essa mesma transição (*transição*); a interação enfermeiro-cliente emerge em torno de algum propósito (*processo de enfermagem, resolução de problemas, intervenção holística*) e os enfermeiros realizam ações (*intervenções terapêuticas*) para aumentar ou facilitar a saúde e o bem-estar do cliente.

Em síntese, após o anteriormente exposto é evidente que a enfermagem tem um domínio disciplinar específico que está amplamente definido pelos vários autores, cumprindo assim, o primeiro critério (domínio material ou objeto de estudo).

Em relação ao segundo critério: o **conjunto possível de fenómenos observáveis** é-nos dado pelo modo como definimos o **Domínio e o Foco da Enfermagem**, bem como, pelas proposições que estabelecemos entre os conceitos major.

Por exemplo, para Newman, Sime & Corcoran-Perry (1991), o foco da disciplina é o estudo do cuidar (dos cuidados) no contexto da experiência humana de saúde. Para Meleis & Trangenstein (1994), a Enfermagem consiste na facilitação dos processos de transição, no sentido de alcançar uma maior sensação de bem-estar. Na CIPE (OE, 2011), o Foco é a área de atenção relevante para a enfermagem (e.g., dor, sem abrigo, eliminação, esperança de vida, conhecimento).

No terceiro critério: a **nível de integração teórica**, está explicado na hierarquia do conhecimento, nas escolas de pensamento e na organização por paradigmas do pensamento em enfermagem, na perspetiva epistemológica face ao conhecimento em enfermagem.

Em relação à **hierarquia do conhecimento em enfermagem** temos, do mais concreto para o mais abstrato: Indicadores empíricos, Teorias Práticas, Teorias de Médio Alcance, Grandes Teorias, Modelos Conceituais, Filosofias e Metaparadigma (Marrs & Lowry, 2009). Neste âmbito, fazemos apenas uma breve referência a Indicadores empíricos, Teorias Práticas e Teorias de Médio Alcance, visto serem as mais pertinentes para o presente estudo.

Os Indicadores Empíricos funcionam como instrumentos para produzir dados, sejam estes, de foro qualitativo ou do foro quantitativo. Estes indicadores existem de acordo com os modelos conceituais e as teorias existentes, coexistindo uma conexão direta.

As Teorias Práticas possuem uma ou duas variáveis. As suas ligações proposicionais são apresentadas em termos prescritivos ou preditivos e relacionadas com uma situação específica.

As **Teorias de Médio Alcance** (TMA) representam um segundo nível de teorias em enfermagem, têm alcance limitado e uma forte ligação com a prática de cuidados e nascem diretamente da análise dos dados empíricos. Indo ao encontro de Merton (1968) têm muita importância na

prática das disciplinas, pois adaptam-se facilmente à realidade prática e são suficientemente abstratas para ser cientificamente interessantes.

As TMA expressam-se através de símbolos, ideias e conceitos, podem ser avaliadas empiricamente através de relatórios, comportamentos, indicadores biológicos, narrativas, onde o pensamento empírico é concreto (Liehr, 2005). Por certo, todas as TMA possuem: conceitos centrais, categoria central (com características e propriedades exploradas), relação entre os conceitos, proposições (assunções) e explicitam a sua aplicabilidade na prática. Para o presente trabalho a ambição é construir uma TMA sobre o *Raciocínio Clínico dos Enfermeiros que trabalham no Serviço de Urgência*.

As **Escolas de Pensamento em Enfermagem** são Escola das Necessidades; Escola dos Resultados; Escola do Ser Humano Unitário; Escola do Cuidar e Escola da Interação. Elas integram os diferentes olhares sobre o cuidar de forma sistematizada e é onde se enquadram as diferentes Teorias de Enfermagem que se vão construindo.

No que se refere ao **Paradigma** em que se integra a disciplina, Meleis (1991, 2012) afirma que na disciplina de enfermagem não se pode falar de forma singular. A enfermagem existe num sistema aberto e complexo, continuamente influenciada e integrada, pelo contexto e pela sociedade, respetivamente. Dado que, é uma ciência implicada no bem-estar do ser humano, em que lida com o seu comportamento e espontaneidade dentro de uma multiplicidade de contextos. Portanto, não cumpre critérios universais e padronizados das ciências ditas tradicionais, que possa ser analisada à luz de um único paradigma. Pois é necessária uma explicação diversificada sobre os fenómenos de interesse. A unificação teórica funcionaria como um elemento asfixiante, perdendo-se a noção do todo e a amplitude disciplinar. Por isto, faz sentido a multiplicidade de paradigmas, exponenciando a visão sobre o mesmo problema, estimulando a discussão e a criação de novas ideias (Kim, 2000).

Mas, de facto, o que realmente importa é que permaneça um compromisso permanente em (re) construir conceitos em enfermagem, (re)definindo paradigmas e discutindo ideias, otimizando assim, a oferta de cuidados à pessoa. O prisma mais idóneo é ter uma visão pluralista para corresponder aos desígnios da disciplina e da profissão. Ou seja, que se relaciona com o ser humano, na perspetiva de compreender todos os fenómenos de interação, de saúde, de bem-estar e de intervenções de enfermagem. É em prol destas assunções que surge a Teoria da Integração (Meleis, 2012), criando uma perspetiva integrativa da evolução do conhecimento.

Também ao abordarmos a **perspetiva epistemológica face ao conhecimento** em enfermagem, temos a perspetiva de Carper (1978), que evoca quatro tipos de padrões de conhecimento:

- I) Saber Empírico, ou a ciência de enfermagem;
- II) Saber Ético, ou a componente moral do saber na enfermagem;
- III) Saber Pessoal na enfermagem;
- IV) Saber Estético, ou a arte na enfermagem.

Outros autores também deram contributos nesta matéria: Wolfer, 1993; Munhall, 1993; White, 1995; Sorrell & Sorrell, 1995; Chinn & Kramer, 2008, sendo considerados de referência. Esta tipologia de saberes afirma a enfermagem como uma ciência complexa que exige dos enfermeiros uma multiplicidade de saberes para o exercício profissional. Importa, assim, referir que a classificação de saberes atrás apresentada pretende expor as particularidades de cada um deles, e não segmentá-los. A ideia é vincular que os saberes estão subjacentes à prática (à ação) e em permanente articulação.

A amplitude de saberes é fundamental para a enfermagem ser considerada uma disciplina. Mas, mais ainda, é crucial compreender como estes saberes se transformam em conhecimento na disciplina.

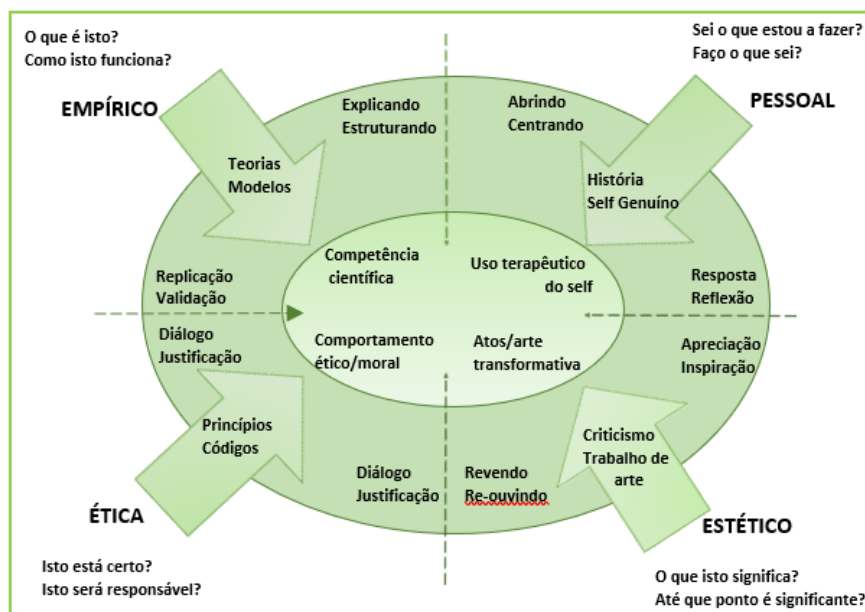
É neste sentido que Chinn & Kramer (2011) defendem e apresentam como os padrões de saber se transformam em padrões de conhecimento. Como pudemos ver Figura 4, em que todas as expressões de cada padrão contribuem para o todo do conhecimento. Em cada quadrante temos um tipo de padrão.

Nas periferias estão colocados os vários tipos de padrão, daí emergem setas para o interior que clarificam as formas de expressão de conhecimento desse padrão. A seta aponta para o centro da esfera, mostrando a prática ou expressão de ação do saber que está associada a esse padrão. A esfera central é vista como um todo, sem quadrantes nem fronteiras, representa a visão da prática de enfermagem. O saber é experimentado como um todo e não como um padrão fragmentado.

Ao longo dos eixos verticais, representados por setas ponteadas, está o processo para o desenvolvimento das expressões formais de conhecimento. O eixo horizontal, representado por setas ponteadas, está o processo coletivo usado dentro da disciplina para validar ou autenticar o que é conhecido (Chinn & Kramer, 2011).

A área exterior, onde as questões críticas aparecem, e a esfera interior, mostra a expressão da ação do saber, representando a dimensão ontológica do saber.

Figura 4 - Padrões de Conhecimento em Enfermagem



Fonte: Adaptado de Chinn & Kramer (2011:13)

Os processos vistos ao longo dos eixos verticais e horizontais representam a dimensão epistemológica do processo para o desenvolvimento e autenticação do conhecimento (Chinn & Kramer, 2011:13). A partir deste processo, formas discursivas de expressão formal são criadas e podem ser apresentadas aos membros da disciplina para se transformarem em conhecimento.

Relativamente aos diferentes tipos de investigação para desenvolver este conhecimento, temos:

i) a investigação empírica que conduz à evolução de teorias, modelos e outras expressões formais, tais como declarações de factos e estruturas concetuais; ii) a investigação pessoal conduz à criação de histórias autobiográficas e expressões vividas que descrevem a forma de estar dos enfermeiros nos cuidados; iii) a investigação ética conduz aos princípios éticos e códigos e a outras expressões, tais como teorias e preceitos que guiam a conduta ética na prática e; iv) a investigação estética dirige-se ao criticismo estético que revela significados profundos incrustados na arte de cuidar e que podem ser visíveis em trabalhos de arte, simbolizando a experiência da enfermagem (fotografia, música, poemas, etc.).

Assim, estas assunções teóricas de Chinn & Kramer (2011:13) explicam a forma como o conhecimento é desenvolvido no âmbito da disciplina, como ele é vinculado na teoria e na prática e, simultaneamente, reconhecido no campo disciplinar.

No quarto critério, **os métodos na disciplina de enfermagem**, o método operacionaliza-se no **Modelo do Processo de Enfermagem** baseado na Teoria Geral dos Sistemas. Este é o caminho que os enfermeiros percorrem para agir. Neste processo está enquadrado o raciocínio clínico dos enfermeiros, ou seja, o pensar dos enfermeiros, o seu poder de análise e de decisão para a ação, concretizando o Processo de Enfermagem na multiplicidade dos contextos.

O quinto critério refere-se aos **instrumentos de análise** que servem para apoiar o exercício dos enfermeiros, como sejam, escalas de avaliação de dor, atividade funcional, autocuidado, gestão de sintomas, etc.

O sexto critério, refere-se às **aplicações práticas da disciplina** e, por fim, o sétimo, às **contingências históricas da profissão e sua evolução como disciplina**.

Para a terceira questão: **Que tipo de disciplina é a Enfermagem?** Ela é uma disciplina prática e teórica, duas vertentes que coexistem numa relação de *feedback* permanente. Tal como salienta Benner (2001), a prática de enfermagem, para ser eficaz e de qualidade, deve ser sustentada em boas bases teóricas. E ainda, Kim (2010) refere que tanto a teoria como a prática são igualmente essenciais, pois articulam-se em espiral, num movimento constante de transposição do conhecimento desde a investigação até à teorização e a aplicação na ação, ou seja, nos contextos. Pois, o conhecimento é expandido através da reflexão nas práticas e para as práticas. Também vinculam Alarcão (1996), Schön (1983, 1987), Dewey (1933) e Zeichner (1993) que a prática reflexiva é extremamente importante no sucesso e desempenho profissional.

Após refletirmos sobre a forma como a disciplina se tem vindo a construir ao longo do tempo, nos seus domínios e nos focos de atenção, agora pensemos especificamente, sobre o *Raciocínio Clínico* na disciplina de enfermagem.

No que se refere ao **domínio de enfermagem** para Meleis (1991) o **Raciocínio Clínico** situa-se no âmbito de um dos conceitos *major* – O *Processo de Enfermagem*. Ele é, em si mesmo, a operacionalização do próprio processo e é parte integrante do processo. Pois, o *Processo de Raciocínio Clínico* abrange o processo de avaliação, diagnóstico e intervenção, o que também está em consonância com os domínios mencionados por Kim (2000).

O *Raciocínio Clínico* está presente de forma direta no domínio da prática, pois é a própria ação dos enfermeiros nos contextos. Ele envolve exatamente a avaliação, a identificação de problemas e o planeamento de intervenções, colocando na ação a forma como o enfermeiro pensa, como decide, articulando conhecimento e transferindo-o para a prática. O que naturalmente justifica o estar imerso nos restantes domínios (*pessoa, interação enfermeiro-*

*pessoa e ambiente*). Ele concretiza-se na preocupação constante com o bem-estar da *pessoa* e em prol da sua saúde; na interação entre enfermeiro e pessoa; envolto num dado *ambiente*.

Assim, afirmamos que o *Raciocínio Clínico* é parte constituinte do *Processo de Enfermagem* e, consequentemente, da disciplina. Estamos convictos de que esta circunstância justifica amplamente que o nosso foco seja o *Processo de Raciocínio Clínico dos Enfermeiros*, que pretendemos através da investigação empírica vincular esses saberes da prática e teorizá-lo. A teorização transforma-o e dá azo a que seja reconhecido como conhecimento na disciplina de Enfermagem. Também importa recordar Lopes (2006:90), que afirma que o conhecimento em enfermagem não se esgota nos conceitos *major*, é importante estabelecer relações entre os conceitos.

Como tal, ao teorizarmos sobre o *Raciocínio Clínico*, pretendemos compreender e estabelecer relações entre os conceitos: ambiente, saúde, interação, intervenções terapêuticas e transição, apurando a forma como existem estas relações naquele contexto (serviço de urgência).

## 1.1 O FENÓMENO EM ESTUDO

*“O homem não é senão o seu projeto, e só existe na medida em que se realiza”.* (Jean-Paul Sartre)

Neste subcapítulo fazemos uma abordagem histórica sobre o *Raciocínio Clínico*, descrevendo o que existe na literatura de enfermagem sobre o seu significado. Para tal, revelamos os marcos teóricos pertinentes a nível internacional e de seguida apresentamos os resultados de uma revisão sistemática da literatura sobre *“As estratégias de raciocínio clínico dos enfermeiros”* (Mendonça *et al.*, 2016). Por fim, apresentamos os objetivos do estudo realizado, justificações pessoais, profissionais, clínicas e questões de investigação.

O raciocínio clínico aparece como objeto de estudo da Medicina nas décadas de 50 e 60, altura em que os investigadores procuravam compreender o raciocínio utilizado pelos médicos no processo de tomada de decisão aquando da elaboração de diagnósticos (Higgs & Jones, 2000).

Na enfermagem o raciocínio clínico surge na década de 80, ligado ao *Processo de Enfermagem* (PE). Patricia Benner (1984) foi pioneira nesta matéria, ao usar o termo *juízo clínico* dos enfermeiros, no seu trabalho *“De Iniciado a Perito”*. Nesta altura os trabalhos de investigação em enfermagem eram efetuados para compreender o *Processo de Enfermagem* (PE) e as suas etapas (Lydia Hall, 1955; Ida Orlando, 1961; Helen Yura & Mary Walsh, 1967). Estas



contribuições teóricas sobre o PE marcaram a história da enfermagem pela importância gradual deste na profissão e na disciplina. Concretamente, o PE veio ancorar o poder e a autonomia nos cuidados às pessoas, vincando a existência de conhecimento próprio da Enfermagem em relação a outras profissões. As etapas deste processo variavam mediante as visões filosóficas e técnicas das autoras que o descreviam, mas fundamentadas nos mesmos princípios básicos milenares do método científico (Horta, 1965-1979; Lucile Lewis, 1970; Litle & Carnevali, 1971; Carlson, 1972; Yura, 1973; Vietta, 1986; Associação Americana de Enfermeiras, 1980).

Destes contributos ficou assumido que o PE é um eixo estruturante, ou mesmo a própria essência da prática de Enfermagem. Porém, a sua concetualização e compreensão ainda não são unânimes (Meleis, 1991, 2010). Mas, sem dúvida, é um método que permite identificar, compreender, descrever, explicar e/ou prever as necessidades ou problemas de saúde das pessoas, das famílias e da comunidade, no ciclo vital, determinando adequadamente as intervenções de enfermagem a implementar.

O *Processo de Enfermagem* evoluiu por três patamares históricos, o termo *raciocínio clínico* é resultante desta evolução. No primeiro patamar é assumido o pensamento crítico dos enfermeiros e fica vinculado que é uma parte integrante do seu exercício; no segundo patamar aparece o raciocínio diagnóstico, ou seja, a capacidade de os enfermeiros estabelecerem diagnósticos, assente em julgamento clínico e pensamento crítico; no terceiro patamar reconhece-se a perícia de raciocínio dos enfermeiros nas suas intervenções e é através deste que as pessoas obtêm bem-estar e o conforto de modo mais eficaz e mais célere.

Assim, a partir do momento que se assumiu que os enfermeiros praticam uma forma própria de raciocínio diagnóstico, naturalmente e de forma progressiva o raciocínio clínico foi tomando espaço no discurso dos enfermeiros e na sua prática.

Atualmente, o raciocínio clínico é assumido como sendo construído através do *pensamento crítico*, do *julgamento clínico* e concretizado por tomadas de decisão, torna-se assim, observável na ação. Estes componentes estão sustentados em competências profissionais, competências pessoais e competências emocionais (Benner & Wrubel, 1989; Tanner, 2006; Alfaro-LeFevre, 2009). Tudo isto permite ao enfermeiro ter a capacidade para colher, avaliar, analisar, tomar decisões e implementar intervenções adequadas à pessoa, à situação clínica e ao contexto em questão.

O primeiro patamar de relevo na construção do PE é, realmente, o pensamento crítico e podemos avaliar esse poder através do discurso de Amendoeira & Nogueira (2011), *“a importância da conjugação do desenvolvimento cognitivo e do pensamento crítico, enquanto*

*contributos da otimização do julgamento clínico e dos processos de tomada de decisão em enfermagem*". Também, Alfaro-LeFevre (2009) manifesta que ele é tão importante para a colheita e análise dos dados como para a avaliação da eficácia das ações tomadas. Por certo, o pensamento crítico tem sido validado como sendo a capacidade de pensar de modo criativo, conciso, rigoroso sobre a situação clínica, com base em conhecimentos, ao impor, não só, competências cognitivas, como ainda, a disposição ou tendência para questionar, ficar bem informado, ser honesto face a preconceitos e estar disposto a reconsiderar. Estes componentes são considerados essenciais para alicerçar a prática de enfermagem por diferentes autores (Benner, 1984; Scheffer & Rubenfeld, 2000; Lunney, 2003; Tanner, 2006).

No segundo patamar, vincula-se a capacidade de raciocínio diagnóstico dos enfermeiros como a capacidade de atribuir um diagnóstico de enfermagem a um conjunto de dados e sinais, numa perspetiva dedutiva. Para Carnevali & Thomas (1993), o raciocínio diagnóstico é produto do conhecimento existente na memória, da flexibilidade de pensamento e da geração de hipóteses. O processamento de dados envolve as memória sensorial, de curta duração e de longa duração, permitindo assim, inferir um diagnóstico. A memória sensorial é a parte que recebe estímulos por intermédio dos diferentes sentidos: visual, tátil, olfativo, gustativo e cinestésico. Corresponde à forma de entrada dos estímulos (*input*) que serão interpretados e analisados através de processos mentais para proceder à seleção mais apropriada para a situação clínica, esta pode ser treinada (Carnevali & Thomas, 1993). Os julgamentos e interpretações acerca dos dados objetivos e subjetivos da pessoa levam a conjunto de diagnósticos de enfermagem já previstos, agindo deste modo, de acordo com padrões reconhecidos.

Relativamente ao diagnóstico de enfermagem, a conferência da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA, 1990) definiu-o como *"um julgamento clínico das respostas do indivíduo aos processos vitais ou aos problemas de saúde atuais ou potenciais, os quais fornecem a base para a seleção das intervenções de enfermagem, para atingir resultados pelos quais o enfermeiro é responsável"*. Na atualidade, em Portugal o diagnóstico de enfermagem está definido na CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem)<sup>3</sup>, como *"um rótulo atribuído por um enfermeiro que toma uma decisão acerca do doente ou cliente após a avaliação"* (OE, 2009: 14).

---

<sup>3</sup> A CIPE é o instrumento usado para orientar a prática clínica em enfermagem. Esta classificação serve para: estabelecer uma linguagem comum na descrição da prática; descrever cuidados de enfermagem a pessoas numa diversidade de contextos, institucionais e não institucionais; permitir a comparação dos dados entre populações clínicas, contextos, áreas geográficas ou tempos diferentes; demonstrar ou projetar tendências sobre os cuidados; incentivar a investigação; fornecer dados da prática de enfermagem que possam influenciar as políticas de saúde.

Mas de facto, esta evolução em torno do pensamento crítico, do raciocínio diagnóstico e dos diagnósticos de enfermagem desencadearam progressivamente esforços por parte dos enfermeiros da prática e da academia para estudar o julgamento clínico e a tomada de decisão (Benner, 1984, 1987; Thompson & Dowding, 2002; Jesus, 2004; Fonseca, 2006; Alfaro-Lefreve, 2009). Apesar de perspetivas diferentes todos eles concordam que estes processos são promotores de cuidados de maior qualidade e segurança para as pessoas (Benner, 1983; Thompson, 1999; Kraischsk & Anthony, 2001; Laurie *et al.*, 2001; Tanner, 2006; Hoffman, 2007).

No que respeita ao julgamento clínico ele tem sido sistematicamente estudado por Benner (1984, 1989, 2001), Benner & Tanner (1987); Thompson & Dowding (2002); Tanner (2006), impulsionadores do **julgamento clínico**, que o consideram como o caminho para a decisão em relação ao ato de cuidar do outro, de acompanhá-lo no processo saúde/doença. Segundo Thompson & Dowding (2002:7), o julgamento clínico é *“a escolha profissional ao contrário de tarefas: a prática da vida real, em vez de atividades imaginárias de quem tem um estatuto profissional um bem em si mesmo, em vez de um meio para um desejável, ou seja, a maior qualidade de cuidados e tratamento aos pacientes”*. É o que chamamos à capacidade de interpretar, analisar e estabelecer diagnósticos de enfermagem. O julgamento clínico coexiste envolto numa série de fatores que o influenciam, tais como: o contexto; as competências pessoais do enfermeiro; as experiências da pessoa e a experiência profissional do enfermeiro (Benner, 1984; 2001; Tanner, 2006).

Relativamente, aos termos julgamento clínico, raciocínio clínico e tomada de decisão, estes figuram, algumas vezes, na literatura de forma indistinta (Benner *et al.*, 2009). Por terem grande proximidade na *práxis*, o que tem gerado dificuldade em estabelecer barreiras conceituais, uma vez que eles existem em harmonia e entrelaçados na conduta diária do enfermeiro.

O RC é o mais recente na área de enfermagem. Portanto, ainda menos investigado e reconhecido. Esta circunstância pode justificar a demora em ser homologado e visível nos discursos dos enfermeiros. Por outro lado, a sua adoção na área de enfermagem poderá trazer conflitos de interesse com outras ciências de maior impacto social.

Assim, a convicção é de que o raciocínio clínico em enfermagem é o ato ou efeito de raciocinar; exercício da razão pelo qual se procura atingir a perceção de atos e factos, pois quando se formulam ideias elaboram-se juízos a partir de uma ou mais informações. Este mecanismo mental é desenhado através de instrumentos indutivos, dedutivos e análises indutivas, associadas em características pessoais - valores, ética, cultura, etc. (Benner, 1989; Tanner, 2006).

Neste sentido, estamos convictos que o pensamento crítico, o julgamento clínico e a tomada de decisão possibilitam a construção da cadeia de raciocínio clínico, produzindo assim, intervenções adequadas às necessidades de cada pessoa, numa situação clínica e de acordo com um determinado contexto. Ou seja, planeiam, prescrevem, implementam, vigiam e avaliam os resultados obtidos, refletindo no processo e sobre o processo, para desenvolverem a sua perícia clínica. Assumimos ainda que o RCE tem início no momento que o enfermeiro tem conhecimento da existência da pessoa, contruindo logo uma imagem mental da pessoa e da situação clínica. Este acontece de forma singular em relação a cada pessoa, é único em cada situação, e dependente de vários fatores pessoais do enfermeiro ou da pessoa cuidada, profissionais e circunstanciais (relação enfermeiro/pessoa, situação clínica, contexto, tempo, etc.).

É um processo que acontece em interação contínua e sistemática com diferentes atores envolvidos no campo de intervenção. Porém, calculamos e acreditamos que persistam muitos enigmas por desvendar, relativamente à forma, à natureza e às características do processo cognitivo dos enfermeiros. Portanto, impusemo-nos esta investigação como caminho certo para deslindar aspetos menos claros ou até desconhecidos.

De facto, nos textos existentes sobre o raciocínio clínico e tomada de decisão, é consensual a importância de ambos, considerados pilares estruturantes no incrementar da eficácia e da qualidade nos cuidados e, ao mesmo tempo, na diminuição de complicações futuras nas pessoas (Benner, 2001; Tanner, 2006). Tal como refere Consuelo (2003:14) *“para que essas decisões sejam de acordo com as necessidades dos clientes, é necessário que o profissional tenha desenvolvido ao máximo a capacidade de raciocínio clínico. Isto envolve elementos importantes tais como: capacidade cognitiva, conhecimento clínico e experiência, integrados pela percepção intuitiva da situação como um todo.”*

É notório o aumento de evidência científica sobre os contributos dos enfermeiros em prol do bem-estar das pessoas e que tem legitimado o seu papel fundamental nas instituições, na medida em que promovem respostas conciliadoras entre necessidades e as expectativas das pessoas e, ainda diminuem custos em saúde.

Relativamente à tomada de decisão na prática clínica dos enfermeiros é hoje clara a sua importância nos cuidados de saúde, por ser um elemento participante e presente no raciocínio clínico (Benner, 1984; Benner & Tanner, 1987; Jesus, 2004; Lopes, 2006; Sapeta, 2011).

Efetivamente, a tomada de decisão em saúde evoca princípios e contextos muito específicos. Ela é definida como: a destreza dos enfermeiros, tendo por base o seu raciocínio clínico, em optar entre duas ou mais alternativas face a uma situação-alvo que necessita de cuidados e no

anseio de concretizar um determinado fim ou resultado desejado (Benner & Tanner, 1987; Ciampone, 1991; Lamond & Farnell, 1998; Thompson, 1999; Jesus, 1999, 2004; Buckingham & Adams, 2000; Hallett *et al.*, 2000; Dowding & Thompson, 2003; Neves, 2002, 2005; Silva, 2003; Fonseca, 2006).

Também, o REPE (1996) e a OE (2003) enunciam que na tomada de decisão, “o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo e prescreve intervenções” (Conselho de Enfermagem, 2002:9). Este processo resulta de uma avaliação escrupulosa de observações e de informações que permitem construir um plano de intervenções dirigidas àquele caso para alcançar os efeitos desejados. Decisões estas, que interferem diretamente na saúde e no futuro das pessoas, o que as torna extraordinariamente importantes e de maior responsabilidade (OE, 2012). A opção entre várias alternativas deve conseguir o equilíbrio entre os riscos e os benefícios para a situação de saúde da pessoa. Os autores: Jesus (1999, 2004), Neves (2002), Lopes (2006) e a OE (2012) afirmam que a tomada de decisão dos enfermeiros deve estar sediada em prática baseada na evidência, não se deixando conduzir por práticas rotineiras.

Por outro lado, também é crucial dar atenção às características do contexto, visto que aparecem na evidência científica como influenciando a tomada de decisão. Os contextos de incerteza, de informação escassa e ambígua provocam dificuldades em tomar decisões (Mintzberg, 1973). Este aspeto espelha bem as características e particularidades do serviço de urgência, daí assumirmos desde cedo esta responsabilidade de estar permanentemente atentos aos indícios que os dados resultantes deste trabalho nos transmitissem a influência do contexto no fenómeno em estudo.

Para compor a reflexão em torno da tomada de decisão fez-nos falta, também, pensar no que significa “a não decisão”. Afinal, *o não decidir*, constitui igualmente, uma decisão em saúde, dado que a opção dessa solução resultou da análise das várias hipóteses, optando-se por não se escolher nenhuma, assim sendo, é uma decisão (Bandman & Bandman, 1995). Decerto, o exercício do enfermeiro no serviço urgência remete-o constantemente à decisão ou à *não decisão*.

Atualmente, a decisão ou a não decisão na intervenção dos enfermeiros é forçosamente mais diferenciada e de maior sofisticação. Adicionalmente acarreta maior responsabilidade na resposta às necessidades de cuidados de saúde exigidos pelas instituições e de acordo com as alterações legislativas do próprio exercício profissional. Assim, a tomada de decisão clínica de enfermagem é a garantia de maior valorização profissional e autonomia, quer no domínio da

prática clínica, quer no domínio académico. Tal como refere Neves (2004:8) *“Tomar decisões em enfermagem, é também uma forma de caminhar para a profissionalização e para a autonomia da profissão. A autonomia de uma profissão reflete-se na forma como os seus profissionais conseguem decidir, responsabilizar-se por essas decisões e pelos seus resultados”*.

Mas voltemos ao nosso eixo central. O *Raciocínio Clínico* existe de um único modo, em interação constante com as pessoas e com o meio envolvente, influenciado por fatores que o influenciam direta ou indiretamente. Estes fatores podem ser facilitadores e potenciarem o seu resultado, ou pelo contrário, serem prejudiciais à sua eficácia.

Sob este prisma, pudemos enunciar alguns fatores que influenciam a perceção do enfermeiro: os seus valores sobre a prática e a cultura e os padrões típicos de cuidado naquele contexto. Outros fatores podem interferir no raciocínio clínico ou na tomada de decisão dos enfermeiros, incluindo as variáveis individuais, as contextuais, os níveis de experiência e de conhecimento (Benner, 1984; Benner & Tanner, 1987); a educação, a habilidade cognitiva e o pensamento criativo (Jesus 1999, 2004; Neves 2004); o domínio do exercício (Crow, 1995; Jesus, 1999; Fonseca, 2006); o autoconceito (Joseph, 1985:22); o ambiente e o *stress* situacional (Cleland, 1967; Evans, 1990); recursos humanos (Huchabay & Jagla, 1979); conflitos interpessoais (Haddad, 1991). Igualmente, Mendonça *et al.* (2016) concluíram que há fatores que dificultam o poder de decisão, como sejam a fadiga e a diminuição de horas de sono, identificaram fatores que auxiliam a tomada de decisão: a crescente autonomia, a responsabilidade e o ser competente na prática clínica.

Assim, o tomar consciência destes fatores e o fortalecer de estratégias que maximizem a capacidade de raciocínio clínico é da responsabilidade individual de cada enfermeiro, e estas estratégias podem minimizar os obstáculos às decisões eficazes, contribuindo assim, para um cuidar de excelência, diminuindo riscos clínicos para as pessoas.

## 1.2 RACIOCÍNIO CLÍNICO: ESTADO DA ARTE

*Nós somos hoje responsáveis pelo futuro mais  
longínquo da humanidade” (Paul Ricoeur)*

A evolução do conhecimento em saúde, da literacia das pessoas e das novas tecnologias têm desafiado, permanentemente, os enfermeiros e as instituições de saúde para garantir a segurança nos cuidados e na satisfação das pessoas.

Segundo vários autores (Benner, 1983; Kraischsk & Anthony, 2001; Laurie *et al.*, 2001; Tanner, 2006; Hoffman, 2007), o raciocínio clínico dos enfermeiros é considerado pilar na prática clínica e recentemente aparece explicado em modelos com diferentes lógicas de pensamento, que apresentamos de seguida.

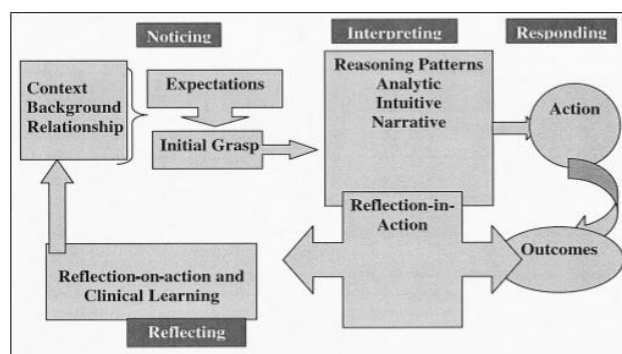
Na perspetiva de Gordon *et al.* (1994), o **modelo teórico** que explica o raciocínio clínico possui três dimensões: **diagnóstica, terapêutica e ética**. A colheita de dados e a análise das informações estão fortemente influenciadas por aspetos etnoculturais e motivacionais da enfermeira, pelos seus interesses e pelas suas bases filosóficas (crenças sobre o conceito de enfermagem e sua função social). Esta influência é maior em momentos em que o tempo é escasso para tomar decisões.

Takaoka-Yahiro & Saylor (1994) afirmam que o julgamento clínico está relacionado com o processo de pensamento crítico, para o qual criaram um modelo de cinco componentes: **conhecimento específico, experiência, competências, atitudes e padrões de enfermagem**.

Para Correa (2003), o **raciocínio clínico de enfermeiras especialistas** ocorre na vivência do cuidado e na atribuição de valores para esse cuidado. Assim, apresenta um modelo teórico com três elementos principais: 1) **o desafio de cuidar**; 2) **cuidando** e; 3) **atribuindo valor ao cuidar**. Para operacionalizar o modelo, a enfermeira faz a colheita de dados e apura informações relevantes sobre a pessoa e está sempre atenta a novos dados. É um processo contínuo durante a admissão, a aplicação de intervenções e a avaliação dos resultados. É permeado pela experiência dos valores que ela atribui ao cuidar (interesse pelo cuidar, valorizar ou desvalorizar a enfermagem, ter ou não consciência dos dilemas ético-morais, conhecimento da pessoa e autoconfiança nas capacidades intelectuais). Correa (2003) diz que o raciocínio clínico progride a partir dos conhecimentos profissionais e na preocupação do enfermeiro pelos ambientes, criando envolvimento (ou não). A tomada de decisão acontece a partir de análises indutivas, dedutivas e intuitivas permeadas pela ética. O RC é, essencialmente, um processo resultante da integração e intercâmbio das diferentes perspetivas do enfermeiro, contextualizado na prática do cuidado.

Tanner (2006), no seu **Modelo de Julgamento Clínico** (Figura 5), descreve como as enfermeiras pensam em situações clínicas complexas que requerem decisões, identificando áreas em que os peritos podem fornecer *feedback* para melhorar as habilidades no julgamento clínico. Sendo a simulação uma ferramenta crucial para desenvolver o julgamento clínico, o *debriefing* promove o reconhecimento de falhas (Tanner, 2006), também enumera fatores que podem contribuir para o fracasso.

Figura 5- Modelo de Julgamento Clínico



Fonte: Tanner (2006:208)

A autora aponta quatro etapas para o julgamento clínico de iniciados **Noticing, Interpreting, Responding e Reflection**. A 1ª etapa, **Noticing**, corresponde à avaliação da situação, seja ela explícita ou não. Resulta do conhecimento sobre a pessoa e do seu padrão de resposta, assim como dos seus conhecimentos científicos, clínicos e da experiência em situações semelhantes.

A 2ª e 3ª etapa, **Interpreting e Responding**, correspondem ao reconhecimento e à compreensão inicial da situação clínica que desencadeia um ou mais padrões de raciocínio. Estes apoiam-se na interpretação e no significado dado pelos enfermeiros, ao conceber uma determinada ação adequada. No caso do enfermeiro ser incapaz de entender imediatamente o que se pretende, aciona um padrão de raciocínio hipotético-dedutivo e constrói hipóteses interpretativas ou diagnósticas. Noutras ocasiões, o enfermeiro reconhece imediatamente um padrão, interpreta e responde de forma intuitiva e tácita, aplica o reconhecimento de padrões e avalia a resposta da pessoa à intervenção. Neste modelo, os atos de avaliar e de intervir apoiam o raciocínio clínico (os dados de avaliação ajudam a orientar o raciocínio diagnóstico). Na 4ª etapa, **Reflection**, evidencia-se a reflexão na ação e para a ação que são fundamentais neste modelo. Esta é definida como a capacidade de os enfermeiros perceberem como respondeu a pessoa à intervenção, e ajustarem intervenções com base nessa apreciação.

Neste modelo de julgamento clínico o enfermeiro possui capacidades diferenciadas para reconhecer dados relevantes de uma situação clínica, interpretar, dar resposta adequada e refletir sobre os resultados alcançados. A reflexão resultante deste processo traz aprendizagens e experiência, que influenciarão a próxima intervenção, construindo assim um ciclo. Relativamente ao conceito de Julgamento, neste modelo é considerado um todo, ou seja, é um processo mental e comportamental do enfermeiro no atendimento à pessoa (Tanner, 2006).



É de frisar que a autora menciona o raciocínio clínico quando pretende falar sobre a forma como as enfermeiras fazem para efetuar julgamentos, sejam eles diagnósticos ou terapêuticos, o que inclui raciocínio analítico, intuitivo e narrativo (Tanner, 2006; Croskerry, 2009). O **raciocínio intuitivo** é caracterizado por uma compreensão imediata da situação por meio de reconhecimento de padrões e está intimamente ligado à *expertise*, ocorrendo em situações similares que levam o enfermeiro a agir rapidamente. Este raciocínio segue uma lógica indutiva (Benner, 1984; Benner & Tanner, 1987). O **raciocínio analítico** é estruturado em normas, protocolos e na razão, este tipo de raciocínio é considerado o mais frequente e de lógica dedutiva (Tanner, 2006; Croskerry, 2009). No caso, do **raciocínio narrativo** ele é concretizado através de uma compreensão da pessoa cuidada, através de histórias narradas e suas interpretações (Bruner, 1986).

Para Benner & Tanner (1987), o julgamento clínico de enfermagem inclui as decisões em relação ao que é observado na situação da pessoa e as decisões a respeito das ações que deverão ser tomadas para oferecer um benefício máximo para a pessoa. A formulação de diagnósticos contém as expectativas de intervenções e os resultados possíveis em dado contexto e depende dos atores envolvidos (enfermeiro, pessoa, família, comunidade) e ainda das relações estabelecidas entre todos (Tanner, 2006:204-212).

Numa revisão sistemática da literatura sobre as estratégias de raciocínio clínico dos enfermeiros, Mendonça *et al.* (2016) obtiveram as seguintes estratégias facilitadoras de raciocínio: **a relação de confiança com a pessoa e envolvimento da família**; a aplicação de **competências de negociação e compromisso**; as **competências crítico-reflexivas, a intuição**; **o reconhecimento de situações similares** e o **teste de hipóteses**. Todas são consideradas essenciais para a operacionalização e qualidade do raciocínio clínico dos enfermeiros. Paralelamente, sugerem fatores facilitadores de RCE, como: **a crescente autonomia**, a **responsabilidade** e as **competências na prática clínica**. Estes fatores são tidos como vantajosos nas ações e decisões dos enfermeiros, quer nos diagnósticos dos problemas, quer na escolha das intervenções e ainda na qualidade dos resultados obtidos (Mendonça *et al.*, 2016). Simultaneamente, identificaram que para concretizar o raciocínio clínico na prática, o enfermeiro age de acordo com alguns critérios: **avalia o risco-benefício para a pessoa**; **avalia necessidades organizacionais**; e **pesquisa informação em fontes complementares**.

É visível que o *Raciocínio Clínico dos Enfermeiros* (RCE) suscita muito interesse dos estudiosos e dos enfermeiros da prática clínica sob diferentes prismas, sendo consensual a importância de o potenciar através de estratégias que promovam a sua rapidez e exatidão na *práxis* diária.

### 1.3 RACIOCÍNIO CLÍNICO E O SERVIÇO DE URGÊNCIA

Para Howard & Steinman (2010), a intervenção de enfermagem na urgência envolve: avaliação inicial, diagnóstico, tratamento e avaliação final. Neste contexto, os problemas das pessoas exigem intervenções simples e diferenciadas, desde o saciar de necessidades básicas, como alimentação e/ou conforto físico. As medidas mais diferenciadas, como o suporte avançado de vida. Mcphail (2010: 6) define Enfermagem de Urgência como sendo “... a prestação de cuidados a indivíduos, de todas as idades, que apresentem alterações da saúde física ou psíquica, percebidas ou reais, não diagnosticadas ou que necessitam de outras intervenções”.

A panóplia de necessidades das pessoas que recorrem ao serviço de urgência impõe aos enfermeiros uma diversidade de conhecimentos e competências. Os problemas vão do foro médico ao foro cirúrgico, onde também são usados recursos materiais e tecnologias de ponta. Este agir profissional impõe procedimentos *perfeitos* e seguros, tendo consciência dos riscos clínicos que podem advir de uma ação menos adequada.

Para além das competências técnicas, das competências comunicacionais e do domínio da tecnologia, os enfermeiros necessitam ter rapidez, agilidade e diplomacia nas intervenções que implementam. Também as competências de autocontrolo e autoconhecimento são imprescindíveis para se trabalhar neste contexto (Mendonça *et al.*, 2016). De facto, o enfermeiro lida com uma multiplicidade de emoções da parte das pessoas que recorrem à urgência, frequentemente assaltadas pela ansiedade, tristeza, angústia, etc. O ambiente está pincelado, algumas vezes, entre a morte e a vida e a transição entre uma situação e a outra é, algumas vezes, quase inexistente, o que impõe uma flexibilidade, um saber-estar e uma gestão emocional de elevada complexidade.

Por outro lado, as expectativas das pessoas em relação aos tempos de espera para atendimento no serviço de urgência podem gerar algumas situações de angústia e desconforto, o que mais uma vez, impõe uma ação assertiva dos enfermeiros.

E correntemente a sua intervenção exige uma constante atualização de conhecimentos, adequação às novas tecnologias e sistemas de informação que otimizem a qualidade e a segurança nos cuidados. A formação contínua potencia competências profissionais, o que diligencia a diminuição do risco clínico. Tal como assumem os autores (Pires, 1994; Canário, 2000; Benner, 2001; Dias, 2004; Mendonça, 2009), o expandir de saberes teóricos, práticos e de

competências multidimensionais, como capacidades de interação, adaptação e readaptação para dar resposta a processos dinâmicos, tornam o profissional mais competente. É também face a estas premissas que as instituições realizam formação contínua para tornar os seus colaboradores altamente aptos e a par das novas *guidelines*.

Nos serviços de urgência o volume de pessoas assistidas em 24 horas é muito elevado, o que obriga a um grande número de intervenções de enfermagem por horas de trabalho. Consequentemente, aumenta neste contexto a responsabilidade a cada minuto. Nestes serviços tudo acontece de uma forma rápida, quase instantânea, pois a gravidade das situações impõe o atendimento imediato para evitar o risco de complicações ou, no limite, a morte da pessoa.

No entanto, nem sempre são situações graves que trazem as pessoas à urgência, existem casos considerados não urgentes. De facto, os serviços de urgência estão preparados e formatados para assistir situações graves em detrimento de não graves. O contrário pode levar ao esgotamento dos recursos humanos e materiais para responder a todas as situações em tempo desejável. Por outro lado, o volume de pessoas, o espaço físico e a doença que surge de surpresa geram para a pessoa uma imagem de ambiente hostil, remetendo-a para níveis de ansiedade e angústia elevados, o que é compreensível.

#### 1.4 JUSTIFICAÇÕES PARA ESTUDAR O FENÓMENO

A evolução do conhecimento para uma prática sistematizada levou à criação dos diagnósticos de enfermagem e, ao mesmo tempo, à consolidação do pensamento crítico e reflexivo dos enfermeiros. Nasce daí o desafio de compreender como é construído o julgamento clínico dos enfermeiros e a tomada de decisão. Estes serão tanto mais adequados quanto mais o enfermeiro tenha aprimorado a sua capacidade de raciocínio clínico, de pensamento crítico e reflexivo, experiência profissional, conhecimentos da pessoa e do contexto (Tanner, 2006). Os vários estudos desenvolvidos centram-se em dois objetivos: I) demonstrar como na profissão se coloca em prática pensamento crítico, capacidade reflexiva e capacidade analítica; II) evidenciar que na avaliação das pessoas o fazem de forma personalizada, individual e contextualizada (Benner, 1984, 1987, 2001; Jesus, 1999; 2004; Lopes, 2006; Tanner, 2006; Meleis, 2012).

E é neste foco de interesse que emerge o estudo ***“O Raciocínio Clínico dos Enfermeiros que trabalham no Serviço de Urgência”***. Os argumentos que sustentam esta decisão são de natureza pessoal, profissional e clínica, todos eles interrelacionados entre si. Na ambição de aprofundar

saberes sobre a prática clínica dos enfermeiros, contribuir para o **desenvolvimento da profissão**, tornando visível o seu *modus operandi* e os **benefícios dessas intervenções para as pessoas**. Também, **refletir na ação e para a ação** dos enfermeiros.

Para o **desenvolvimento da disciplina**, o ampliar do conhecimento sobre os componentes do *Processo de Enfermagem*, pode permitir a sua integração na disciplina, passando a ser possível a aplicação de estratégias pedagógicas promotoras do raciocínio clínico durante a formação académica, seja ela no âmbito teórico ou prático e, ainda, aprimorar a formação contínua.

### **Razões pessoais e profissionais**

Estas residem na preocupação pelas pessoas que recorrem à urgência, pela amplitude de problemas assistidos e, por ter uma predileção pela intervenção de enfermagem em situações limite e de imprevisibilidade. Esta afinidade nasceu no 4º ano de licenciatura durante o ensino clínico na urgência e manteve-se ao longo de 18 anos.

Era, de facto, aliciante e quase indescritível o que ali se vivenciava. A satisfação é enorme, ao ver a transição de uma pessoa ter dor a passar a estar confortável. Ou uma pessoa em dificuldade respiratória e o simples facto de ser posicionada na cadeira ou maca já lhe aliviava o sofrimento. Este *volte-face* justificou a fadiga extrema e quase vertiginosa que se sentia.

Por certo, é um enorme **desafio de cuidar da pessoa em situação de grande vulnerabilidade** o que remete sistematicamente para **elevadíssimos níveis de adrenalina**. Estas circunstâncias provocaram ao longo do tempo algumas interrogações acerca do nosso agir como enfermeiros: *como é caracterizado e construído, quem somos e que competências detemos?* Estas circunstâncias conduziram, desde muito cedo, à formação da autora para o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais. Assim, após 5 anos de exercício no serviço de urgência foi realizado um mestrado para expandir competências na prestação e gestão de cuidados e na formação de pares e estudantes de enfermagem; foram também adquiridas neste período aptidões de investigação. Do mestrado resultou um trabalho, que ficou publicado, sobre as *“Competências Profissionais dos Enfermeiros”* (Mendonça, 2009), o qual tem servindo de referência a estudantes na formação graduada e pós-graduada. Este *feedback* favorável serviu de alento para continuar o investimento em trabalhos deste género.

Atualmente, este trabalho de doutoramento é produto das preocupações que emergiram da observação atenta e refletida sobre o nosso exercício como enfermeiros no contexto de urgência. Ficando sempre patente a ideia de que *um olhar atento, perspicaz e rápido* conduzia em muitas situações clínicas a uma intervenção precoce que diminuía a possibilidade de

complicações futuras, o que é corroborado por Benner (1984, 2001). Conscientes de que a intervenção de enfermagem em contextos de urgência exige um pensar e uma capacidade decisória quase instantânea, que precisa de ser o mais próximo possível da decisão “*perfeita*”. É natural que a preocupação seja permanente e inquietante.

Também a revisão bibliográfica mostrou que a informação sobre o raciocínio clínico dos enfermeiros em Portugal é escassa, e inexistente em serviços de urgência. A nível internacional, a RSL (Mendonça *et al.*, 2016) deu-nos a conhecer alguns estudos sobre julgamento clínico, pensamento crítico, tomada de decisão e raciocínio clínico.

Acreditamos ainda que o estudo sobre o *Raciocínio Clínico no Serviço de Urgência* permite compreender como o enfermeiro pensa, analisa, toma decisões e desenvolve a intervenção, ou seja, a forma como operacionaliza o *Processo de Enfermagem*. Para tanto, estamos convictos que o *Raciocínio Clínico* é parte integrante do PE e proporciona ganhos em saúde e qualidade nos cuidados prestados. Tal como assume Meleis (1991), o *Processo de Enfermagem* é pilar fundamental para a qualidade dos cuidados. Logo, importa compreender todos os processos que se materializam para que as intervenções de enfermagem aconteçam a cada segundo, caso a caso. Também, Benner (2001) frisa que para emergir teoria em enfermagem é importante relatar, documentar e analisar a prática clínica, dado que é lá que acontece a ação, onde está a riqueza e o progresso da própria profissão, pois os enfermeiros da prática clínica fazem acontecer.

Tendo em conta estas razões decidimos estudar a prática clínica no serviço de urgência, fazendo-a despontar à luz do Interacionismo Simbólico, compreendendo os processos, os atores, os contextos, os valores individuais e institucionais que influenciam o processo de raciocínio clínico. Indo ao encontro do que afirma Basto & Magão (2001), a prática é uma atividade intencional e como tal contém a sua própria teoria interna e é esta teoria interna que queremos tornar visível.

### **Razões Clínicas**

As razões clínicas residem no interesse sobre o cuidar de enfermagem no contexto do serviço de urgência (SU), que possui particularidades próprias: no tipo de problemas de saúde que assiste; *no modus operandi* dos enfermeiros; na estrutura física e nas dinâmicas diárias.

Os serviços de urgência são, geralmente, conhecidos como ambientes que geram elevadíssimos níveis de *stress*, angústia e ansiedade, o que é dito tanto pelos profissionais de saúde como pelas pessoas que lá recorrem. São “um ambiente *sui generis*” (Vaz & Catita, 2000:17).

Para as pessoas, estas sensações são fruto das razões por que são procurados os serviços de urgência, habitualmente, um problema de saúde, que lhes altera planos pessoais e profissionais, sendo isso, naturalmente, algo que lhes provoca desconforto e ansiedade. Para os enfermeiros, os SU exigem de si decisões e intervenções rápidas, em virtude de assistirem habitualmente um elevado número de pessoas em tempo *record* e de serem alvo de inúmeras solicitações em simultâneo. Estas circunstâncias suscitam, por vezes, sentimentos de angústia por se sentirem incapazes de responder a tantas exigências (Mendonça *et al.*, 2016).

Por outro lado, por vezes é transmitida a imagem de um ambiente caótico e desorganizado, onde as pessoas permanecem muito tempo à espera. De facto, nem sempre as condições, nem os recursos humanos e materiais correspondem às necessidades de cuidados. Mas, é importante lembrar que são estes serviços que assistem situações clínicas graves num curto espaço de tempo. É compreensível que para quem está em sofrimento e, sem certezas, cada segundo que passa é uma *eternidade*.

**Do ponto de vista assistencial e clínico**, as pessoas que recorrem à urgência podem fazê-lo por variadíssimos motivos. Contudo, normalmente, veem por um mau estar (in) específico ou após um acidente de trânsito, doméstico ou de trabalho que impõem cuidados imediatos. Nos outros casos, as pessoas usam o serviço de urgência por dificuldade de acesso a cuidados de saúde, ou por ausência de informação sobre o uso correto dos serviços de urgência.

**Do ponto de vista organizacional**, têm sido desenvolvidas estratégias para minimizar as vindas não urgentes e enquadrá-las nos devidos setores da saúde, donde resultou a reestruturação dos SU e a reorganização dos cuidados de saúde primários para promover respostas mais adequadas às necessidades das pessoas. Paralelamente, surgiram mecanismos para esclarecer a população sobre a verdadeira missão dos SU e para triar a sua ida à urgência (Linha da Saúde 24).

**Do ponto de vista científico**, a função do enfermeiro no serviço de urgência é essencial na resolução dos problemas das pessoas e no seu acompanhamento. O que acontece desde o primeiro segundo na consulta de triagem e termina com a alta. De facto, o primeiro encontro é crucial para dar início à relação entre enfermeiro, pessoa e família. O papel dos enfermeiros nos SU leva-nos para a exploração dos componentes imersos no cuidar neste ambiente, das características da relação entre os atores e das particularidades do contexto desta interação.

## 1.5 QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS DE ESTUDO

A reflexão construída nas perspetivas conceituais, empíricas, experiência pessoal e profissional sobre o *Raciocínio Clínico* permitiu-nos perceber a pertinência teórica e prática deste estudo: *Raciocínio Clínico dos Enfermeiros que trabalham no Serviço de Urgência*.

As questões para a investigação são:

- Qual a natureza deste processo?
- Como se estrutura o processo cognitivo do enfermeiro até à ação?
- Que competências, estratégias e recursos que envolve?
- Que características tem o contexto?
- Que dificuldades sentem os enfermeiros?

Assim, surgiu a pergunta de investigação: ***Como se desenvolve o processo de raciocínio clínico dos enfermeiros que trabalham no serviço de urgência?***

Objetivos do estudo:

- I) Compreender a natureza do processo de raciocínio clínico dos enfermeiros que trabalham no serviço de urgência;
- II) Identificar e caracterizar os componentes envolvidos no processo;
- III) Conhecer as características dos enfermeiros e do contexto.

Para operacionalizar o estudo usamos a **observação participante e entrevistas em profundidade** para desenhar através dos discursos a estrutura do processo e, como é transferido para a prática clínica em cada situação. As entrevistas debruçaram-se sobre situações clínicas vividas para ser mais fácil o processo de análise. Os atores principais são o enfermeiro e a pessoa cuidada, contudo foram também considerados os atores secundários, a família, os assistentes operacionais e os médicos para a análise. O estudo, pretende assim, construir uma **Teoria de Médio Alcance** sobre o ***Processo de Raciocínio Clínico dos Enfermeiros***.





## **PARTE II**

### **2. PERCURSO METODOLÓGICO: OPÇÕES E ENQUADRAMENTO**

*“A qualidade e credibilidade de um estudo começa com os dados”*  
Charmaz (2006:18)

As opções metodológicas estão relacionadas com a natureza e as dimensões que abrange o objeto de estudo - ***Raciocínio Clínico dos Enfermeiros que trabalham no Serviço de Urgência***. Estas condicionaram os instrumentos de colheita de dados, as características dos participantes e a seleção do próprio contexto. Para sistematizar estas razões optamos por responder a um conjunto de perguntas propostas por Miguélez (2001).

1ª Questão: procura-se a magnitude ou natureza do fenómeno? Neste caso, a investigação debruça-se sobre compreensão e natureza do fenómeno e, ao mesmo tempo, como ele acontece neste contexto, não se pretende a amplitude ou grandeza do objeto, logo a abordagem mais correta é a qualitativa (Hérbert *et al.*, 1990; Denzin *et al.*, 1994; Streubert *et al.*, 1995, 2011; Lessard-Olebuénaga, 1999; Miguélez, 2001; Morse *et al.*, 2001).

2ª Questão: deseja-se conhecer uma média ou uma estrutura dinâmica? Para este estudo desejamos descobrir a estrutura complexa e o sistema de relações no contexto da prática clínica que dão forma a uma realidade (mental, social e humana).

3ª Questão: pretende-se a extensão nomotética ou a compreensão ideográfica? Neste caso, pretendemos obter uma abordagem compreensiva do fenómeno. Apesar de, um dos objetivos ser a elaboração de uma teoria de médio alcance, mas tal não significa uma extensão pela nomotética, as teorias de médio alcance têm como objetivo fundamental a compreensão em profundidade de um fenómeno no seu contexto (Walker & Avant, 1995).

4ª Questão: pretendemos descobrir “leis” ou compreender fenómenos humanos? Miguélez (2001) diz que em ciências sociais e humanas, para que um saber não fique despojado das suas próprias raízes deverá ser tomado a partir do seu contexto humano, com valores, interesses, crenças, propósitos, sentimentos e outras determinantes que condicionam a sua existência real e empírica. Tal como Weber (1979) e Dilthey (1951) que propuseram o termo *Verstehen* que significa compreender o ser humano, pode entender-se como sinónimo de compreensão hermenêutica, que aliás Dilthey propôs a extensão deste conceito a todas as ciências sociais e

humanas. Estas razões, mais uma vez nos encaminham para a abordagem qualitativa. De realçar que, uma das razões que deve estar presente no momento da opção metodológica, diz respeito ao nível de coerência entre o modelo concetual e a estrutura da realidade (Miguélez, 2001) e, o nosso anseio é um processo, com uma dimensão temporal, tornando-se difícil de estudar através de uma lógica dedutiva.

Para Miguélez (2001) é fundamental o cruzamento de dados para enriquecer os resultados obtidos, por isso, obtivemos dados através de entrevistas individuais aos enfermeiros e através de observações da interação entre enfermeiro/pessoa (s), fazendo triangulação de dados.

De lembrar que, as metodologias usadas não substituem o investigador, são utensílios para garantir a qualidade do percurso de investigação e fazer emergir dos dados o conhecimento acerca do fenómeno. Assim, as opções metodológicas tiveram em conta os seguintes aspetos: a opinião de diferentes autores; a investigação existente nas diferentes disciplinas, a opinião de peritos e a experiência profissional e de investigação.

## 2.1 PARADIGMA QUALITATIVO

*“a pesquisa qualitativa costuma ser descrita como holística (preocupada com os indivíduos e seu ambiente em todas as suas complexidades) e naturalista (sem qualquer limitação ou controle impostos ao pesquisador) ...”* Polit (1995:270)

As metodologias em investigação nas ciências sociais e humanas têm sofrido mudanças, nomeadamente durante o final do século XIX e XX, onde o paradigma dominante era o positivista (perspetiva hipotético-dedutiva), alicerçada em grandes referências, tais como: Durkheim (1895), Mead (1934), Weber (1979). Paralelamente, era construído um outro paradigma por estudiosos da área da filosofia (Husserl, 1931; Heidegger, 1952; Merleau-Ponty, 1993; Sartre, 1946; Gadamer, 1990) e das ciências (Dewey, 1933; Blumer, 1969; Rogers, 1974; Freud, 1989), donde surgiu, o paradigma interpretativista para compreender o homem, a sua existência e a relação com o mundo. Daí despontaram vários paradigmas na investigação: o positivismo, o pós-positivismo, a teoria crítica e o construtivismo (Pickard & Dixon, 2004). Estes paradigmas com uma visão diferente da investigação, relativamente à ontologia, à epistemologia, à metodologia e aos próprios resultados da investigação. Progressivamente, o paradigma qualitativo tomou o seu espaço, trazendo para as ciências humanas a capacidade de obter conhecimento através de estudos sobre o comportamento humano e as vivências no mundo (Miguélez, 2011).

Atualmente, o mais apropriado em investigação é uma perspetiva pluralista, usando as diferentes metodologias para conhecer os fenómenos em profundidade e até à exaustão.

A abordagem qualitativa tem sido preferida para estudar situações complexas ou estritamente particularidades de grupos (Serrano, 2008:114). Neste sentido, pelas diferentes razões afirmadas pelos autores e, coincidentes com os nossos propósitos. Por isso, fomos conduzidos para o paradigma qualitativo. Neste caso, manifestamente implicado na compreensão da mente humana, dando ênfase aos significados, às experiências, sentimentos e práticas, para apurar os comportamentos dos atores (enfermeiros) nos seus contextos de ação (serviço de urgência), tal como afirma Leininger (1985:14) a metodologia qualitativa “ênfatiza a qualidade enquanto natureza, essência, significado e atributos”. Assim, um paradigma de natureza qualitativa é o mais apropriado para responder à questão: ***Como se desenvolve o Processo de Raciocínio Clínico dos Enfermeiros que trabalham no Serviço de Urgência?*** E, considerando que o raciocínio não é passível de ser quantificado e, tal como reforça Cuesta (2010), o paradigma qualitativo dirige-se ao estudo de fenómenos complexos que não são facilmente mensuráveis

### **Papel do Investigador**

Os autores dizem que o investigador deve clarificar pensamentos, ideias, suposições, pressupostos, bem como vieses pessoais sobre o assunto antes de iniciar a investigação. Sob este prisma, tivemos a preocupação em relação a alguns aspetos na aplicação do paradigma qualitativo: 1) o ambiente natural como fonte direta de cuidados; 2) os dados foram descritivos; 3) a pesquisa centrou-se no processo mais do que nos resultados e no produto; 4) a análise dos dados foi efetuada de forma intuitiva, ao centrar-se no significado atribuído pelos participantes às situações; 5) o investigador mobilizou o exercício da ação/reflexão/pesquisa e ação, de acordo com vários autores (Lincoln & Guba, 1985; Deshaies, 1992; Polit & Hugler, 1995; Streubert & Carpenter, 2002; Streubert *et al.*, 2011).

## **2.2 O INTERACIONISMO SIMBÓLICO E A GROUNDED THEORY**

*“Não se pode estudar seres humanos e coisas da mesma forma” (Herbert Blumer, 1969)*

A evolução paradigmática na investigação no século XX trouxe a nível das teorias sociais, o Interacionismo Simbólico (IS), sendo uma abordagem sociológica das relações humanas que nasceu na Escola de Chicago (1900-1950), estudado por vários autores (William James, 1961; Alfred Schütz, 1974; Blumer, 1969; Goffman, 1982).

O IS continua e irá despertar novas inquietações analíticas, empíricas e teóricas com objetivos concretos de compreender a experiência real, subjetivamente vivida pela pessoa a partir da sua perceção do mundo. Este contacto com o mundo leva o indivíduo à construção de significados, na medida em que o comportamento humano resulta sempre da interação significativa com o contexto (social, cultural, material e institucional). Este património de significados é potenciado através da multiplicidade de vivências pelos sujeitos e estes são os próprios instrumentos da sua evolução em sociedade. De facto, o IS é usado na pesquisa qualitativa para estudar a interação social e o *self*. Em que o investigador estabelece uma relação direta com os participantes, obtendo do contexto dados mais profundos e fidedignos, permitindo-lhe compreender os significados das ações através da interação.

Para Blumer (1969) o Interacionismo Simbólico funda-se em três pressupostos: as pessoas agem em relação às coisas baseando-se no significado que as coisas têm para si; esses significados são resultantes da sua interação social e modificados pela sua interpretação (Blumer, 1982:2). Assim, os significados particulares de cada pessoa influenciam a interação social e vice-versa, ou seja, a ideia é consolidada após uma pessoa comunicar à outra, estabelecendo um consenso; tais significados são modificados por meio de processos interpretativos, ao desenvolverem outras interações. O mundo simbólico só se constrói por meio da interação entre duas ou mais pessoas. Portanto, o simbolismo não é resultado da interação do sujeito consigo ou mesmo da sua interação com um simples objeto, mas sim com aquilo que “nós” construímos socialmente. Para Lopes (2006) o IS baseia-se no significado, na linguagem e no pensamento, onde o comportamento humano se alicerça nos significados dos elementos do mundo. A fonte desses significados é a interação social e a construção de significados acontece através de processos de interpretação. Estas premissas têm aumentado o interesse em construir teorias a partir da realidade social concreta, nas quais os atores se reconhecessem e possam ser eles próprios uma resposta aos problemas que estudam (Lopes, 2006).

Naturalmente, foi em estudos à luz do Interacionismo Simbólico que Glaser & Strauss (1965) construíram a sua obra *Awareness of Dying*, donde, simultaneamente, emergiu o “*método comparativo constante*”, que posteriormente ficou conhecido por *Grounded Theory* (GT).

A *Grounded Theory* pretende, na sua essência, compreender fenómenos sociais descobrindo novas dimensões, bem como, construir teoria explicativa. Ela está assente no Interacionismo Simbólico (Glaser & Strauss, 1967), e estabelece que a teoria nasce dos dados, a partir da experiência dos participantes. À medida que conceitos e dimensões, vão surgindo o investigador desenvolve ligações teóricas de análise entre eles para explicar a realidade.

Kathy Charmaz, discípula de Glaser e Strauss considerada uma teórica pós-moderna, na sua obra *Constructing Grounded Theory* (2006), proclama a sua própria interpretação acerca da *Grounded Theory*, definindo-a como um método sistemático com *guidelines* flexíveis e não prescrições rígidas, quer na colheita de dados, quer na análise. Charmaz (2006) afirma que a análise dos dados qualitativos deve ser original refinando os dados por forma a construir teoria. Assim, defende a *Grounded Theory* como uma forma de aprender acerca dos mundos que estudamos e como um método para desenvolver teorias, pois otimiza a compreensão dos fenómenos, numa perspetiva construtivista. Também, explica que é um processo, ou seja, é uma revelação de sequências que devem ser descobertas da melhor forma possível e cujo início e fim são bem definidos.

**Em síntese**, o IS aparece na disciplina de enfermagem pela mesma razão que tem sido usado na Sociologia, na Psicologia, na Educação e na Antropologia, ciências que se preocupam pelas pessoas e pelo cuidar humanizado. O IS tem como foco central a compreensão da pessoa dentro da sua realidade, evocando que, para se alcançar a plenitude da compreensão dos processos sociais, o investigador precisa de se apoderar dos significados que são experienciados pelos participantes num contexto específico (Jeon, 2004). Para concretizar este anseio usa-se um esquema analítico da sociedade e dos comportamentos humanos, onde estão sediados desígnios relacionados com a natureza dos seguintes tópicos: grupos humanos ou sociedades, interação social, objetos, o ser humano como ator, a ação humana e as interconexões entre as linhas de ação. Estes tópicos enquadram-se no modo como o Interacionismo Simbólico vê a sociedade e os seus comportamentos. A interação preconiza o uso de símbolos que são interpretados pelo recetor e que são considerados símbolos significantes, dado que se apresentam compartilhados pelas pessoas em sociedade. Também, a comunicação é o processo de interação simbólica que permite aos seres humanos partilharem os seus significados. Relativamente à interação pessoal, ela tem ênfase na linguagem como mecanismo primário que culmina na mente e no eu das pessoas, a mente permite a consciencialização de processos sociais das pessoas, e o comportamento é construído pela pessoa no decurso da sua ação.

E são estes factos, sem dúvida, que explicam a nossa opção pelo IS, no sentido de compreender o processo de raciocínio clínico dos enfermeiros (RCE) e as interações entre os atores principais – enfermeiro e pessoa – e nas variadíssimas interações estabelecidas com outros atores secundários, dando uma visão de rede de comunicação ativa, onde estas interações estão envolvidas pela simbologia e significados. Como o contexto onde este processo acontece.

### 2.3 GROUNDED THEORY: PROCESSO E PRODUTO

“quando uma teoria é criada a partir dos dados, de quem vive a experiência, o investigador pode sentir-se confiante «até à medula» de que os dados são credíveis”. Streubert *et al.* (2011:136)

A *Grounded Theory* é um processo indutivo na criação de teoria a partir de um nível particular, sendo uma forma de descobrir esses processos que não são observáveis. A investigação desenvolvida é feita no local onde o fenómeno ocorre, fazendo emergir da observação e da interação a explicação dos factos e dos fenómenos. Por estas razões, pudemos afirmar que este método é naturalista, porque se baseia nos contextos naturais onde os processos ocorrem, diminuindo os riscos de os desnaturalizar. Assim, neste método o conhecimento nasce de dentro para fora e, não o contrário, de fora para dentro. Ou seja, trata-se de uma abordagem invertida ao método científico positivista, pois nasce dos dados no terreno (entrevistas, observações, discussões de grupo e outras técnicas). Este método parte de um fenómeno que o investigador decide estudar e que no seu entender se apresenta pouco desenvolvido do ponto de vista teórico.

Para o estudo de investigação que nos comprometemos desenvolver na área das ciências sociais e humanas, optamos por uma abordagem qualitativa, de natureza indutiva sob o método da *Grounded Theory* e à luz do pensamento de Charmaz (2006) por questões de natureza identitária.

E ainda, porque esta metodologia tem como fundamento a tradição interpretativa do IS, que nos leva para lá da objetividade e do relativismo, dado o propósito ser estudar a natureza do fenómeno no contexto dos sujeitos, sob uma abordagem holística num sistema complexo onde “a compreensão do mundo social, dentro dos contextos naturais, dando ênfase aos significados, experiências, práticas e pontos de vista dos que nele estão envolvidos” (Craig & Smith 2004:137). Paralelamente, produzir teorização para a disciplina de enfermagem, indo ao

encontro do assumido por Lopes (2003), devemos expandir conhecimento em áreas que não estejam muito desenvolvidas, particularmente no que diz respeito ao processo e estrutura.

### **Grounded Theory: fases do processo de construção**

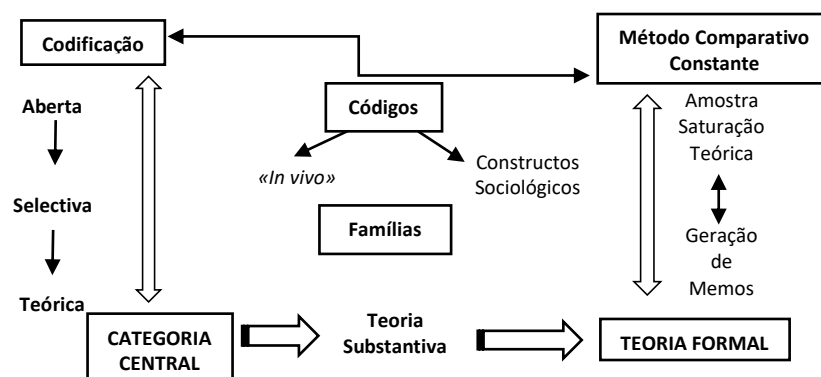
Para Pandit (1996) a *Grounded Theory* acontece em cinco fases analíticas na construção de teoria: desenho da investigação, recolha, ordenação, análise dos dados e comparação da literatura e estas fases são constituídas por nove passos. Para Charmaz (2006:5-6) e Taber (2009), existem sete aspetos fundamentais para a prática da GT: 1) realização simultânea de recolha e análise dos dados; 2) construção analítica de códigos e categorias a partir dos dados e não a partir de hipóteses preconcebidas; 3) uso do método de comparação constante, em todas as fases da análise; 4) desenvolvimento de teoria em cada etapa da recolha e da análise dos dados; 5) a escrita de *memos* é essencial para elaborar categorias, especificar as suas propriedades e apurar as relações entre categorias; 6) a amostragem é teórica, virada para a construção de teoria, e não pela representatividade; 7) a revisão da literatura após o desenvolvimento de uma análise independente (a revisão da literatura é retardada). Mas, de facto, esta estrutura corresponde a um desenho de investigação não linear. As fases são cíclicas. Sobretudo, na ordenação, análise e codificação dos dados, é quase obrigatório um entrecruzar de passos. E de frisar que a saturação teórica resulta de um conjunto de fases percorridas, onde se veem vários ciclos que se sucedem em espiral, tornando-se cada vez mais complexos à medida que se vai construindo a teoria. O uso de fontes múltiplas de dados (observações, entrevistas e notas de campo) e a triangulação são fundamentais, pois permitem detetar lacunas através da divergência entre os dados, ou, por uma contradição, expressão de um modo singular de ser ou de pensar e agir. Estes aspetos e mecanismos de ação foram fundamentais para concretizar o nosso objetivo de desenvolver uma TMA.

De facto, a análise dos dados na *GT* obedece a um conjunto de etapas intrincadas entre si: a identificação dos nós e elementos chave dos dados recolhidos - **os códigos** (ou nós). De coleções de códigos de conteúdos semelhantes que permitem agrupar os dados - **os conceitos**, depois grupos alargados de conceitos semelhantes usados para gerar a teoria - **as categorias** que são a base para a construção da teoria e, por último, um grupo de explicações sobre o assunto da investigação - **a teoria**. Neste método tudo está integrado (Glaser & Strauss, 1967; Glaser, 1978). Nesta perspetiva, temos três elementos básicos da *GT*: **os conceitos** - unidades básicas de análise desde que se inicia a concetualização até ao desenvolvimento de teoria; **as categorias** - conceitos derivados dos dados que representam fenómenos com um nível de abstração maior que os conceitos e que são os alicerces da teoria em desenvolvimento; e **as proposições** - relação

entre as categorias. E entre as categorias e as subcategorias. A criação de conceitos, categorias e proposições são um processo interativo resultando do método de comparações constantes dos dados (Glaser & Strauss, 1995; Pandit, 1996; Strauss & Corbin, 1998a; Lopes, 2006; Charmaz, 2006; Sapeta, 2011).

Relativamente às categorias, elas vão-se refinando cada vez mais, à medida que a análise progride, num vaivém comparativo característico da GT, que permite identificar semelhanças, relações e particularidades entre os dados. Isto acontece desde a origem e, em cada etapa de maturação teórica, desde a criação de conceitos até à fase final no surgir da teoria. Este mecanismo de quebra de dados e aparecimento de concetualização é o procedimento básico, designado de codificação e acontece em quatro formas: a codificação aberta, axial, seletiva e teórica (Figura 6).

Figura 6 - Elementos da Grounded Theory



Fonte: Adaptado de Trinidad, Carrero & Soriano (2006: 23)

Neste mecanismo cíclico temos: a **amostra teórica**, constituída pelas unidades que emergem dos dados, dos conceitos que vão surgindo do trabalho de campo, ao mesmo tempo que se faz análise e codificação aberta. O investigador usa esses resultados para dirigir a investigação. Deve registar achados, reflexões, evoluções em forma de **memos**. Os memos levam às unidades, que são as maiores fontes em qualidade e quantidade de informação, de modo a que os dados já não lhe tragam nada de novo e atinge, assim, a **saturação teórica** (Charmaz, 2006; Trinidad, Carrero & Soriano, 2006; Streubert et al., 2011).



### **Os Memos**

A criação de *memos* é uma atividade importante durante o processo de análise e codificação em GT, tal como assumem Corbin & Strauss (1990:10) e Charmaz (2006). Esta operação começa, geralmente, no início da análise e no decorrer da codificação.

*Memos* designa o processo de escrever (gravar) os pensamentos e as ideias do investigador (sobre os códigos e as suas relações), estes formam e refinam a teoria durante o processo de investigação. O escrever de *memos* técnicos faz parte da criação de uma teoria sustentada, eles ajudam a colmatar a incapacidade do investigador de guardar todas as informações e evoluções. Assim, registam-se rapidamente as características, propriedades, hipóteses de todas as categorias e as perguntas que surgem durante a análise.

Para este trabalho foram criados os seguintes ***memos***: **analíticos ou processuais** (relação com o processo), de codificação; **teóricos** (relação com conceitos) e **operacionais** (relação com estrutura). Estes mostraram-se, ao longo da análise, ferramentas essenciais para mostrar significados, descobertas, os próprios valores e crenças relativamente ao fenómeno em estudo. Tal como assume Charmaz (2006) os *memos* assumem uma função estruturante na construção da *Grounded Theory*, são o suporte dinâmico da teoria em construção. Os memorandos são mais descritivos numa fase de codificação inicial, sucessivamente mais abstratos à medida que progredimos para níveis de codificação mais teórica, os *memos* permitem questionar os dados, mapear a teoria emergente, clarificar e relacionar conceitos. Mostrando subjetividade e preconceitos do investigador, no entanto, são resultado da aplicação do paradigma construtivista à luz de Charmaz (2006) e, considerados como documentos valiosos para servirem de escrutínio à comunidade científica.

### **Notas de Campo**

As **notas de campo** são anotações que os investigadores fazem para documentar as observações e fazem parte da análise de dados. Aqui fica registado o que foi observado, ouvido, pensado, sentido ou vivenciado, descrevem experiências do investigador em campo, são como fotografias de registo do contexto e dos atores. Neste caso, foram criadas com intuito de registar momentos passados em silêncio na observação dos atores que *viajam naquele corredor de 150 metros* (serviço de urgência), tido pelo investigador como “*um palco de cuidados de saúde*” onde se observaram e registaram intervenções de enfermagem, sentimentos de enfermeiros, de doentes, de famílias, de médicos e, o sentir do próprio investigador.

**Rigor na metodologia selecionada**

Para Colás (1992:274) existe um conjunto de métodos que asseguram os critérios de validade (Tabela 1): **a credibilidade; a transferibilidade; a dependência; a neutralidade.**

Neste estudo de investigação **a credibilidade**, ou seja, o isomorfismo entre a informação recolhida e a realidade foi cumprido através da observação prolongada no contexto, melhorando a interpretação científica da realidade dos participantes. Por outro lado, o confronto de dados com os participantes facilitou maior proximidade com a realidade. A colheita de dados por entrevistas em profundidade, observação participante e notas de campo permitiu a triangulação, por confrontação dos dados a partir de diferentes perspetivas.

Tabela 1 - Critérios e procedimentos para obter credibilidade nos resultados

Critérios	Procedimentos
a) Valor de verdade: Isomorfismo entre o material empírico recolhido pelo investigador e a realidade. <b>- Credibilidade -</b>	- Observação persistente - Triangulação - Recolha de material - Comprovações dos participantes
b) Aplicabilidade: Grau em que podem aplicar-se as descobertas de uma investigação a outros sujeitos e contextos. <b>- Transferibilidade -</b>	- Amostragem teórica - Descrição exaustiva - Recolha abundante de informação
c) Consistência: Repetição de resultados quando se realizam investigações nos mesmos sujeitos e em igual contexto. <b>- Dependência -</b>	- Identificação do <i>status</i> e do papel do investigador. - Descrições minuciosas dos informantes de análise de dados. - Identificação e descrição das técnicas. - Delimitação do contexto físico, social e interpessoal. - Replica passo a passo. - Métodos “solapados”.
Neutralidade: Garantia de que as descobertas de uma investigação não estão enviesadas por motivações, interesses e perspetivas do investigador. <b>- Confirmabilidade -</b>	- Descritores de baixa inferência. - Comprovações dos participantes. - Recolha mecânica de material empírico. - Triangulação - Explicitar o posicionamento do investigador.

Fonte: Adaptado de Colás (1992:274)

A **transferibilidade** obteve-se pela amostragem teórica, ou seja, chegou-se a um nível em que a informação se repetia constantemente com diferentes participantes e nos vários setores da urgência. A comparação permitiu detetar elementos comuns e específicos nesses setores. A **neutralidade** conseguiu-se através dos diferentes procedimentos e, ainda pelo acordo dos participantes e investigador. A **consistência ou dependência** (estabilidade dos dados) é um dos critérios mais complexos desta metodologia (Colás, 1992), devido à subjetividade inerente ao processo de pesquisa, uma vez que o investigador é o principal agente na recolha e análise da informação. No entanto, é importante clarificar que nesta metodologia não se pretende neutralizar o contributo que o investigador ou os informantes podem produzir; importa sobretudo identificar esse fator subjetivo “através de descrições minuciosas dos informantes,

*identificação do status e do papel do investigador, observações do contexto físico, social e interpessoal, e identificação das técnicas de análise e de recolha da informação”* (Colás, 1992:276). Estes critérios e procedimentos foram tidos como linhas orientadoras no presente estudo, obtendo o rigor e credibilidade científica exigida para um estudo desta natureza.

## 2.4 A CONSTRUÇÃO DE TEORIA

Para Chinn & Kramer (2008) a teoria é uma estruturação criativa e rigorosa das ideias, como uma visão sistemática dos fenómenos; especificamente, consiste num conjunto de conceitos e as relações entre os mesmos, para descrever e explicar os fenómenos, prever resultados ou prescrever ações de enfermagem.

Na presente investigação era objetivo desenvolver uma TMA sobre o *“Raciocínio Clínico dos Enfermeiros”*. De facto, elas têm menor número de conceitos e proposições, mas, possuem um sentido prático importante (Fawcett, 2005). São fundamentais para as profissões e disciplinas, pois descrevem o *modus operandi* e, por serem úteis para a prática e são abstratas o suficiente para serem cientificamente reconhecidas. A TMA situa-se no nível teórico, considerado intermédio relativamente à abstração e alcance, é expresso pelos símbolos, ideias e conceitos, o nível empírico representa o que pode ser observado (relatórios, comportamentos, indicadores biológicos, histórias pessoais), onde o pensamento empírico é concreto (Liehr, 2005). Para Fawcett (2005) as TMA podem ser classificadas em três tipos: **descritiva, explanatória e preditiva**. A construção da TMA sobre o *Raciocínio Clínico dos Enfermeiros* (RCE) insere-se no tipo **descritiva** de acordo com o conceito do autor, é o modelo mais básico, descreve ou classifica o fenómeno em estudo, pode incluir apenas um conceito/categoria; cria categorias, descreve as suas propriedades, semelhanças e diferenças, hierarquiza ou faz sequência das suas dimensões.

Fawcett (2005) menciona critérios para avaliar uma TMA: **nível de significância; consistência interna; parcimónia; verificabilidade; adequação empírica e pragmática**. Miguélez (2011) diz que a tarefa de avaliar uma estrutura teórica é um processo epistemológico árduo, pois depende do conceito de “validade” e de “verdade”. A validade empírica deve apoiar-se numa validação racional, ou seja, os resultados emergem de algo que foi observado num contacto direto e num ato intuitivo, pois tudo é processado através do raciocínio do investigador, não existe uma *“evidência empírica”*, ela está sujeita a este processamento de informação segundo a interpretação do investigador.

## 2.5 FASES DO PERCURSO METODOLÓGICO

A delimitação da problemática e dos objetivos de estudo foram resultado de uma reflexão profunda sobre os achados e de questões de investigação oriundas no trabalho de mestrado sobre *“Competências Profissionais dos Enfermeiros”*, na experiência como formadora de futuros enfermeiros e na prática clínica no serviço de urgência. Simultaneamente, esta consciencialização fortaleceu-se na formação avançada de doutoramento, nos seminários da UI&DE, na Revisão Sistemática da Literatura (RSL), em reuniões com peritos de enfermagem e noutras áreas disciplinares e, ainda nas reuniões com os orientadores. Tudo isto, consolidou e afunilou a área de interesse e o traçar das opções metodológicas.

### 2.5.1 Contexto do estudo

O contexto de estudo surgiu, quase naturalmente, visto que se pretendia um serviço de urgência polivalente público e com número elevado de pessoas atendidas diariamente. Mediante estes critérios, as escolhas eram reduzidas. Por outro lado, a localização geográfica do hospital era fundamental para facilitar a recolha de dados, que seria necessariamente demorada e onde poderia ser necessário voltar para completar e aprimorar a colheita de dados. Também, era importante que o raciocínio clínico pudesse ser observado, muitas vezes, para responder aos objetivos de estudo e se obter amostragem teórica. Por isso, era fundamental observar situações clínicas que se constituíssem um processo de transição (Meleis, 2012). Optamos, assim por um serviço de urgência polivalente, de um hospital central na área Lisboa.

Assim, procedemos ao pedido de autorização ao Conselho de Administração do Hospital que solicitou alguns documentos para serem submetidos a análise pelos diferentes órgãos decisores que após apreciação a autorização foi concedida.

Imediatamente, deu-se início a reuniões formais e informais com a Enfermeira Chefe, Diretor do Serviço, Chefe da Equipa de Medicina e de Cirurgia, restantes médicos e enfermeiros com o intuito de informar os diferentes intervenientes da presença em campo, bem como, do trabalho que se pretendia desenvolver, criando condições favoráveis à investigação.

### **2.5.2 Seleção dos participantes**

A seleção dos participantes (unidade de observação) é necessária e elementar em qualquer metodologia de investigação, no entanto, como afirma Punch (2009) “não se pode estudar toda a gente em todo o sítio nem analisar tudo o que fazem”. Daí, implementamos estratégias e critérios para selecionar os participantes, norteadas pelos objetivos de estudo, características do fenómeno e para responder às questões de investigação. Por forma, a garantir a coerência lógica e a consistência interna entre todas as fases. Basicamente, neste tipo de estudo a amostragem é teórica, ou seja, é um tipo particular da amostragem intencional (Streubert *et al.*, 2011) na qual o investigador seleciona casos, pessoas ou unidades com base no seu poder de contribuição para o desenvolvimento de conhecimento sobre o objeto de estudo.

Os critérios usados para a seleção dos participantes foram:

- Peritos no serviço de urgência e experiência no serviço de pelo menos 5 anos;
- Desempenharem funções em todas as valências do serviço;
- Estarem disponíveis (voluntários) e motivados a participar no estudo.

Para o primeiro e segundo ponto, a Enfermeira Chefe e os Enfermeiros considerados de referência no serviço informaram sobre quais os enfermeiros que cumpriam os critérios. Também, o estudo piloto permitiu, igualmente, colher informações sobre os critérios acima mencionados. Neste seguimento, foram confrontadas todas as fontes de dados obtidas no contexto com o mencionado pelos autores acerca do perito em enfermagem (Benner, 2001; Gladwell, 2010; Queirós, 2015). Para Benner (1984), o perito possui experiência num dado contexto de 3 a 5 anos é reconhecido pela equipa, detém capacidade de intuição para agir em situações clínicas, antecipa e preveni complicações. De facto, o ser perito segundo os autores, era o que procurávamos para que nos discursos pudesse relatar as suas capacidades de como pensa e age perante uma situação clínica. Para o terceiro ponto, os enfermeiros tinham que exercer funções em todas as valências do serviço para compreendermos como o objeto de estudo se comportava nos diferentes setores.

### **2.5.3 Recolha de dados**

A recolha de dados é uma etapa discreta e fundamental para a GT, a análise dos dados acontece ao mesmo tempo da colheita de dados (Charmaz, 2006). O investigador, guia-se por uma

questão de pesquisa inicial, recolhe um primeiro conjunto de dados que não deverá ser muito grande (Punch, 2009:133) e, começa então os procedimentos de análise. E, usa as direções emergentes desta análise e recolhe o segundo conjunto de dados até conseguir a amostragem teórica, o ciclo de recolha e análise continuará até que se atinja a saturação teórica.

A primeira etapa para a recolha de dados foi conhecer a equipa de enfermagem, sendo operacionalizado nas passagens de turno com as seguintes finalidades: explicar os objetivos da investigação; as etapas do processo; a forma de permanência no serviço; as técnicas de colheita de dados e a cronologia da recolha de dados. Desta forma, toda a equipa ficou informada sobre o estudo. Para além disso, na sala de enfermagem ficou disponível um documento que continha todos os aspetos inerentes ao estudo (projeto do estudo, instrumentos de colheita de dados, consentimento informado e mapa cronológico).

Na colheita de dados utilizamos duas técnicas: a entrevista em profundidade e a observação participante (Tabela 2). Segundo alguns autores a observação participante e a entrevista são consideradas duas técnicas de eleição e, fundamentais na colheita de dados em investigação qualitativa (Lessard-Hérbert *et al.*, 1990; Denzil *et al.*, 1994; Olabuénaga, 1999; Streubert *et al.*, 1995, 2011).

Tabela 2 - Técnicas de colheita de dados e eixos de análise

Técnicas de colheita de Dados	Eixos de Análise	
	Atores	Contexto
Observação Participante	Enfermeiros Pessoas Equipa de Saúde	Sala de Triagem Salas de Emergência Balcões Unidade de Observação
Entrevistas em profundidade	Enfermeiros	-----

A primeira fase de colheita de dados teve a duração de 5 meses, de julho a dezembro de 2014 (estudo piloto), neste período participaram no estudo sete (7) enfermeiros, sendo realizadas entrevistas em profundidade, observações e notas de campo.

### **Estudo Piloto**

Este permitiu conhecer a equipa de enfermagem e os restantes atores do serviço de urgência; obter confiança da equipa multidisciplinar; conhecer o serviço de urgência e a estrutura da instituição; conhecer os riscos do entrar em campo e otimizar os instrumentos de recolha de

informação. Por isso, nesta fase realizamos entrevistas, observações não participantes e notas de campo. Acompanhamos os enfermeiros que mostraram interesse em conhecer ao pormenor os objetivos do trabalho e participar no estudo. Isto permitiu ouvi-los, aumentar a motivação para participarem e, ao mesmo tempo, refletirem sobre episódios do seu quotidiano.

O entrar em campo não foi fácil, exigindo um trabalho intelectual intenso sobre *“qual o papel do investigador no contexto”*. Mas, a maior dificuldade esteve relacionada com a não intervenção, o ter de reprimir o ímpeto de agir. No entanto, a reflexão efetuada e o tempo acabaram por ajudar a ultrapassar este obstáculo e a partir de determinada altura começou a fazer parte da cena diária sem criar curiosidade, nem receios, tal como diz Olabuénaga (2007).

### **Colheita de Dados e instrumentos de recolha**

Na segunda fase da colheita de dados (fevereiro e julho de 2016), participaram vinte enfermeiros (20 entrevistas em profundidade; 20 observações participantes e notas de campo). Durante a colheita de dados tivemos oportunidade de fazer vinte observações da relação enfermeiro com a pessoa cuidada. Os participantes: onze (11) do género feminino e nove (9) do género masculino; com uma média de idades de trinta seis anos e oito meses (36, 8); a média de anos de profissão de catorze anos e nove meses (14,9); a média de exercício no serviço de urgência de onze anos e três meses (11,3); dez (10) enfermeiros licenciados e dez (10) com grau de mestre. A idade variava entre os 25 e 47 anos. Todos participaram no estudo de forma livre e consentida, devidamente informados sobre as particularidades do estudo, o modelo de consentimento informado foi avaliado pela Comissão de Ética e assinado pelos participantes.

De frisar que, no desenho do estudo ficou decidido efetuar entrevistas às pessoas cuidadas, no sentido de apurar a sua opinião relativamente aos cuidados de enfermagem (*o que o enfermeiro lhe fez?; o que lhe disse?; o que mais gostou?; para que serviu o que o enfermeiro lhe fez?*), mas a entrada em campo mostrou que não era benéfico para as pessoas, dada a sua situação de instabilidade, estando portanto, incapacitadas de colaborar na entrevista, por isso optou-se por não os incluir, respeitando o princípio ético de não maleficência.

### **Observação Participante**

A observação participante de acordo com Haguete (1992:3), é uma técnica de colheita de dados menos estruturada, oriunda da antropologia, a partir dos estudos de Malinowski e da Sociologia, na década de vinte na Escola de Chicago. É uma técnica aberta e sem condicionamentos do tipo

normativo (Spradley, 1980) possibilita que na colheita de dados haja um contacto direto com os atores. Ao mesmo tempo, debruça um olhar atento e global sobre o contexto e suas interações. Este tipo de observação só se distingue da espontânea, por ser de carácter intencional e sistemático (Olabuénaga, 2007). Por apresentar estas características a sociologia interacionista usa a observação participante para compreender os sentidos e as ações que as pessoas desenvolvem no seu dia-a-dia mediante processos de “*interação simbólica*” (Blumer, 1969). Esta técnica é caracterizada por: ter interesse num fenómeno específico e na interação humana, os próprios atores falam sobre os seus contextos e vivências; ter um posicionamento na vivência presente do quotidiano; possuir uma forma de teoria e de teorizar que valoriza a interpretação e a compreensão da natureza humana; assentar numa lógica e processo de pesquisa iterativo, flexível, assente em circunstâncias e contextos concretos da existência humana; ser uma abordagem do estudo qualitativo em profundidade.

Estas características eram ideais para estudar o raciocínio clínico dos enfermeiros no contexto de urgência, facilitando o estar no seio da equipa de saúde e conseguir a informação, quer de dentro para fora, quer de fora para dentro. Bem como, por se admitir que fosse mais fácil obter dos intervenientes maior confiança e proximidade. Assim, o investigador pode observar e participar, sendo ele próprio objeto de estudo, ao estabelecer relações com os atores do terreno. E, ainda como assume Flick (2005), o uso da observação direta permite, ao mesmo tempo, que se apliquem outras técnicas de colheita de dados.

No entanto, a relação estabelecida entre o investigador e participantes pode trazer alguns riscos de rigor metodológico que devem ser suprimidos através de estratégias que devem ter prioridade pelo investigador desde o momento que entra em campo (Streubert *et al.*, 2011). Estes aspetos foram cumpridos desde o primeiro contacto com os participantes, para tal estabeleceram-se linhas de segurança entre participantes, tendo como foco o ser aceite pela equipa, considerado de confiança e honesto e, simultaneamente criada a distância suficiente para não influenciar o fenómeno social.

Concomitantemente, tivemos atenção no eliminar deformações subjetivas para não haver prejuízo para a investigação, decerto que o estudo piloto foi essencial, no amadurecimento da observação participante. O prolongar do tempo no terreno também ajudou a que houvesse oportunidade de que as situações se repetissem mais vezes, conseguindo a saturação dos dados, estas estratégias foram basilares para aumentar o rigor metodológico (Streubert *et al.*, 2011).

**Em síntese**, a observação participante deve ser orientada, controlada e rigorosa no respeito pelo objetivo estabelecido antes de entrar em campo. É crucial que seja definido um cronograma de



observação em relação aos intervenientes e ao contexto (Flick, 2005; Lopes, 2006; Olabuénaga, 2007; Sapeta, 2011). De facto, a observação participante neste caso teve dois focos principais: 1º observar o *raciocínio clínico dos enfermeiros*, isto concretizado através da observação constante das intervenções de enfermagem, definindo assim, os critérios que permitiam identificar as situações de cuidados passíveis de captação do raciocínio clínico; 2º observar de forma mais individualizada e focalizada um único participante, em determinados momentos, em contextos específicos. Estas duas fases permitiram potenciar a colheita de dados através das entrevistas em profundidade e, ainda servirem de auxílio ao registo de notas de campo (comentários e pensamentos do investigador, acontecimentos críticos, ...).

De salientar que, no nosso ponto de vista e, em consideração à temática em questão, a comunicação e interação através da observação participante com os enfermeiros da prática clínica foram estruturantes para se auferir conhecimento sobre o raciocínio clínico. Tal como é dito Lessard-Hèrbet (1990) é essencial a presença no grupo para se puderem ver as contradições com aquilo que acontece na realidade com aquilo que pensa o investigador. As observações foram registadas em forma de notas descritivas (data, contexto, atores, intervenções, hora).

### **Entrevistas em Profundidade**

As ciências sociais têm interesse em compreender os significados das atitudes e dos comportamentos humanos. Para concretizarem este objetivo com maior diversidade e riqueza de conhecimento recolhem discursos junto dos atores (entrevistas), ou seja, captar o fenómeno através da linguagem dos próprios indivíduos que o vivem na primeira pessoa. Assim, no âmbito da investigação qualitativa a entrevista reúne as características ideais para perceber em profundidade os fenómenos, evitando o etnocentrismo do próprio (Kaufmann, 1996; Olabuenaga, 1996; Lalanda, 1998]. Reside, nestas circunstâncias a seleção da entrevista para este estudo, apurando comportamentos, crenças, vivências, interações e ideias dos participantes no seu quotidiano. E, ainda poder contrariar os riscos de enviesamento próprios da observação participante (Lessard-Hébert, Goyette & Boutin, 1990; Flick, 2005; Miguélez, 2011).

A entrevista em profundidade pretendeu compreender e não explicar, procurou maximizar o significado, adotou o formato estímulo/resposta sem esperar uma resposta objetivamente verdadeira, mas a subjetivamente sincera. Neste sentido, o investigador formulou perguntas sem um esquema fixo, adaptou-se ao ritmo da entrevista em função das respostas do entrevistado, explicou o objetivo e motivação do estudo e teve cuidado com as respostas

emocionais. Explicou, se necessário o sentido das perguntas, usou estratégias no decorrer da entrevista por forma a obter das perguntas mais dados. Tal como refere Olabuenag (1996), o investigador estabelece uma relação equilibrada entre familiaridade e profissionalismo, adotando um estilo de ouvinte interessado, mas não avalia as respostas.

De lembrar que, o investigador deve estar consciente dos riscos inerentes à investigação qualitativa, sendo importante ter pensamento e olhar crítico sobre os dados e resultados, pois a reflexividade aumenta a qualidade da pesquisa (Primeau, 2003). Também, tem o dever de ser fiel, ter fidelidade quando transcrever tudo o que o participante falou e sentiu.

Para otimizar a colheita, todas entrevistas em profundidade aconteceram no mesmo local, devidamente escolhido, uma sala silenciosa, resguardada e sem possibilidade de interrupções, estes critérios permitiram proporcionar um ambiente seguro, tranquilo e confortável aos participantes. Nas entrevistas era pedido aos participantes para narrarem um caso clínico, fazendo a seguinte proposta *“gostava que relatasse um episódio recente vivido no serviço de urgência, desde o início até ao fim. E, que tenha sido importante por algum motivo e, que gostasse de partilhar.”* Portanto, uma descrição narrativa de um caso marcante e/ou crítico de carácter retrospectivo (Lessard-Hébert, Goyette & Boutin, 1990).

No decorrer da narrativa respeitou-se o ritmo e silêncios do participante, dirigindo o discurso sempre que necessário para o tema central, mas sem interromper o raciocínio. Em algumas ocasiões, pediu-se esclarecimento sobre afirmações ou palavras que iam surgindo para clarificar o afirmado e potenciar a informação que estava a ser concedida (Lalanda, 1998:874). Evitou-se juízos de valor e interrupções e, ainda foram feitos incentivos para a continuidade do discurso (*huns*), transmitindo ao entrevistado o interesse no seu discurso, como um *eco* (Flick, 2005; Olabuénaga, 2007). As entrevistas foram gravadas em suporte digital com autorização prévia dos próprios, a duração variou entre 20 minutos a 1h e 30 minutos.

Os participantes, no geral, escolheram sempre um caso clínico onde salientaram competências de vários níveis: técnico-científicas; comunicacionais; emocionais e de tomada de decisão. Houve algumas situações em que os participantes se emocionaram ao reviverem mentalmente a situação. As situações que criaram maior angústia foram as de pessoas muito jovens que faleceram. Os participantes frisaram nos seus discursos que trabalhar no serviço de urgência lhes provoca muito *stress* e angústia e, enumeraram estratégias para ultrapassar este *stress* (exercício físico e técnicas de relaxamento).

A transcrição do *verbatim* de cada entrevista foi realizada para um documento *Word*, onde se anotaram expressões faciais e outros aspetos não-verbais e, mais tarde inserido no *NVivo 11*.

Na transcrição das entrevistas iniciou-se de imediato a reflexão nos próprios dados, dando início à análise, palavra-a-palavra e frase-a-frase - codificação aberta. Surgiram logo, dimensões que precisavam ser aprofundadas, para tal criamos *memos*, que precocemente clarificaram algumas dimensões e encontraram um sentido na investigação. As entrevistas constituíram uma fonte enriquecedora de dados donde emergiram diferentes perspetivas de análise, contribuindo para caracterizar as dimensões e os eixos de categorização axial e, mais tarde, a teorização.

## 2.6 ORDENAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Em simultâneo, à colheita de dados processava-se, também, a ordenação e análise, indo de encontro à metodologia adotada (*Grounded Theory*), conferindo sentido à colheita de dados futura (Denzin *et al.*, 1994; Strauss & Corbin, 1998; Streubert *et al.*, 2011). Eram feitas perguntas relativas às semelhanças e diferenças entre cada trecho de dados comparados, a ordenação dos dados consistiu, basicamente, na redução a texto de todos os dados recolhidos. Tomamos a responsabilidade de efetuar esta transcrição o que nos deu uma visão global e maturidade sobre o fenómeno. Isto deu início à construção de uma espiral contínua e crescente que culminou no ponto máximo aquando da saturação teórica. Realmente, é dos primeiros dados que emergem os primeiros conceitos e as proposições teóricas, que são desenhados através de comparações constantes. As comparações procuram conhecimento na ambição de aprofundar e teorizar acerca do fenómeno.

Para finalizar a colheita de dados colocaram-se algumas questões à amostragem teórica: *Que categorias ou subcategorias se agregam em cada recolha de dados? Como é que o investigador seleciona os grupos para as comparações múltiplas? Quais os critérios para suspender as comparações múltiplas?* A resposta às questões emergiu através dos discursos dos enfermeiros, à medida que era realizada mais uma entrevista, o próprio discurso encaminhava para as subcategorias, categorias e conceitos, que na leitura e análise marcavam presença tão forte, quer pela persistência, quer pela relevância que os participantes lhe atribuíam que clamava à nossa sensibilidade e responsabilidade para identificar estas palavras como grupos, categorias e serem submetidas a comparações. O repetir dos dados levou à saturação teórica e deu resposta à questão: *quando se devia suspender as comparações constantes?* Exatamente, quando tomamos consciência que os discursos não traziam mais novidades ao assunto.

De facto, a análise dos dados à luz da *Grounded Theory*, é um processo através do qual se descobrem categorias e as suas características, a relação entre elas e as subcategorias, depois com a categoria central e a necessidade de colheita de novos dados para se poder construir uma estrutura concetual coerente (Pandit, 1996; Strauss & Corbin, 1998; Flick, 1998; Lopes, 2006).

### **Processo de codificação: aberta, axial, seletiva e teórica**

Em termos de codificação temos quatro tipos de codificação: aberta, axial, seletiva e teórica, elas têm objetivos, técnicas e métodos para serem operacionalizadas.

Na *Grounded Theory*, do ponto vista formal a análise de dados inicia-se com a **codificação aberta**, resulta de uma análise em que são identificados conceitos, propriedades e dimensões através dos dados, donde se criam listas de códigos. Os dados são partidos em partes pequenas, examinados de perto e comparados entre si, à procura de semelhanças e diferenças entre si (Strauss & Corbin, 1998; Flick, 1998; Charmaz, 2006). Assim, agrupam-se eventos, acontecimentos, objetos e interações que se destaquem e, que são concetualmente semelhantes na sua natureza ou relacionados no significado, estes ficam reunidos sob conceitos (Pandit, 1996; Lopes, 2006). O mecanismo da codificação aberta pode ser realizado linha-a-linha, frase-a-frase, palavra-a-palavra, depende da questão, da intenção e da fase de pesquisa. O produto desta fase de análise pode e deve ser complementado com os *memos*.

Sob este prisma, deu-se início ao processo de análise e codificação a partir das entrevistas. Todos os documentos resultantes da colheita de dados foram devidamente, datados e identificados com número, tipo e data, para permitir discriminar a sua origem, [E1\_An\_20160212] ou observação participante [Obser\_04\_SR\_02082016] ou notas de campo [NC\_20160212], o serviço, o participante do estudo (através de uma etiqueta por nós criada).

A partir do texto resultante de cada transcrição do *verbatim* de cada entrevista, elaboramos tabelas *Word*, o texto e o significado respetivo, analisando cada palavra e frase. Em termos práticos, ao analisar uma palavra ou frase o importante era entender, *o que significa isto? O que está presente? O que isto quer dizer?* A Tabela 3 contém um enxerto de uma entrevista e procura ilustrar a organização e o tipo de análise efetuada.

Para ser mais eficiente a análise dos dados, somente quando tínhamos uma entrevista analisada de princípio ao fim é que se passava à seguinte. No entanto, por vezes, quando estávamos a meio da entrevista seguinte, a anterior já não fazia tanto sentido, impondo iniciar novamente, estes avanços e recuos estão descritos na *Grounded Theory* e significam maior maturidade do investigador na análise e, mais dados para comparar entre si.

Tabela 3 - Entrevista - E1\_AN\_2010160212

Extrato da Entrevista	Asserções	Significado
AN- ... o que me preocupou foi a ignorância, quer dizer a pessoa não ter, e nunca o levou a procurar o serviço de urgência, ele andou 3-4 dias assim, porque achava que fumando e bebendo, descansando. As suas estratégias iam resolver o problema. E preocupou-me não associar os fatores de risco, 3-4 maços de tabaco, o estilo de vida de continuamente não dormir bem, musculação sem grande vigilância, não é, fazer muitos pesos, beber, aquela dor e cansaço que descrevia, nunca ter associado nada disto a um enfarte e, isso para mim é que foi o mais preocupante, do ponto de vista do que eu quero dizer a seguir. E eu fiquei sempre com este caso. E o que é que eu fiz, imediatamente avaliei os sinais vitais, e no momento que a gente vai falando, vai fazendo isto tudo, avalia, pica e vai perguntando e vai, acho essa parte interessante. Em que o enfermeiro consegue fazer isto tudo. Mas vamos, eu estava desperto. Depois eu queria saber sempre mais coisas das pessoas, sem ser demorado e a pessoa sente-se cuidada, logo. Pomos a braçadeira e a pessoa sente que já está em tratamento.	... o que me preocupou foi a ignorância, quer dizer a pessoa não ter, e nunca o levou a procurar o serviço de urgência, ele andou 3-4 dias assim, porque achava que fumando e bebendo, descansando. As suas estratégias iam resolver o problema.  E preocupou-me não associar os fatores de risco, 3-4 maços de tabaco, o estilo de vida de continuamente não dormir bem, musculação sem grande vigilância, não é, fazer muitos pesos, beber, aquela dor e cansaço que descrevia, nunca ter associado nada disto a um enfarte e, isso para mim é que foi o mais preocupante,  E o que é que eu fiz, imediatamente avaliei os sinais vitais, e no momento que a gente vai falando, vai fazendo isto tudo, avalia, pica e vai perguntando e vai, acho essa parte interessante. Em que o enfermeiro consegue fazer isto tudo.  Mas vamos, eu estava desperto.  Depois eu queria saber sempre mais coisas das pessoas, sem ser demorado e a pessoa sente-se cuidada, logo. Pomos a braçadeira e a pessoa sente que já está em tratamento.	Interesse pela pessoa Problemas expressos pela pessoa Estratégias e recursos da pessoa  Iliteracia em saúde Apurar informações  Apura informações e intervém avaliando sinais vitais (simultaneidade) Gestão de informação Gestão de cuidados Antecipando complicações Alerta contínuo  Interesse pela pessoa Pessoa sente o cuidado do enfermeiro Início da relação de confiança

Para codificar cada trecho ou parágrafo, perguntávamos sobre a ideia *major* que a mesma continha (Strauss & Corbin, 1998; Lopes, 2006; Sapeta, 2011). Dessa reflexão, geralmente, resultava um *memo*, em nota de rodapé. Os *memos* assumiram-se uma ferramenta crucial para organizar e sistematizar o pensamento à medida que iam surgindo dúvidas e reflexões sobre os dados. Estes tornaram-se peças de um enorme *puzzle*, que nos propusemos a juntar para construir a TMA (Tabela 4 - *Memo* analítico).

Tabela 4 - Memo da Entrevista - E5\_CA20160309 – 11 - h

Extratos de Texto	Memos – Número 2	Análise – unidades de significação
S-Como desenvolvemos esta capacidade de observação C- Acho que é com o tempo e, com as situações que nos vivenciamos, com..., eu não gosto muito de dizer isto mas não é instinto, mas já me aconteceu determinadas situações que eu olho para aquele doente e vejo que há qualquer coisa que não está bem, ou é a cor ou a cor do doente que não é aquela que deveria ter, ou já me aconteceu aqui ter uma doente que eu olhei e, disse aquela doente não está bem, não está bem e, ainda ninguém tinha visto e eu dizer à médica olhe que está doente não está bem, por favor veja e, a senhora tinha uma rutura de víscera oca.	<i>Memo</i> – A enfermeira assume que a capacidade de observação é construída ao longo do exercício profissional bem como com as situações clínicas que se vivenciam no contexto de trabalho (experiência profissional). E, ainda a intuição como enfermeira (intuição clínica) que é essencial ao desenvolver dessa capacidade, sendo que é olhar atento e em busca de sinais de alarme visíveis e invisíveis que lhe permitem recolher dados para efetuar um diagnóstico.  Nota: De algum modo mostra que tem receio em assumir a intuição como capacidade ao exercício, contudo argumenta e explica como ela acontece em casos clínicos reais e vivenciados em contexto de trabalho. Parece estar evidente uma impressão diagnóstica baseada na intuição clínica.	- Capacidade de observação - Olhar clínico - Situações vivenciadas - Intuição clínica  (Olhar clínico na apreciação do doente, Apreciação diagnóstica e intuição clínica)

O processo de análise demorou semanas para amadurecer a capacidade de análise. Como esta fase foi simultânea à colheita de dados havia comparações efetivas com aquilo que se obtinha e, o que já estava sob avaliação. Portanto, a produção dos *memos* aconteceu sob a influência de várias lógicas e para obter maior eficácia, ou seja, após terminado o primeiro passo de análise de um conjunto de dados, procedia-se a uma leitura e reflexão crítica sobre a análise e devidos *memos*. Depois desta análise, realizávamos uma análise comparativa mais fina, o que permitia apurar a estabilidade e limites do conceito e, eventualmente, descobrir possibilidades de subagrupar em subconceitos.

No fim deste procedimento, ficamos com um conjunto enorme de conceitos e subconceitos, mas ainda não explicavam o fenómeno, pois não estabeleciam relações entre si. Por isso, terminávamos a codificação aberta, dado que já havíamos conseguido o primeiro objetivo dos dados: os conceitos, as propriedades e as dimensões (Strauss & Corbin, 1998; Charmaz, 2006).

A **codificação axial** consiste em aprimorar e diferenciar as categorias resultantes da codificação aberta, estabelecendo a relação de categorias entre si e com as suas subcategorias, a sua codificação ocorre em torno dos eixos de uma categoria. Estes construídos nas suas propriedades e dimensões e, é através deles que as categorias se relacionam entre si e com as suas subcategorias (Strauss & Corbin, 1998; Charmaz, 2006). Se a codificação aberta é conhecida pela quebra de dados, esta consiste em colocá-los de novo juntos, ao estabelecer pontes entre eles e dar-lhe novos sentidos (Pandit, 1996).

A codificação axial envolve alguns procedimentos básicos: evidenciar dimensões e propriedades de uma categoria, identificar condições associadas ao fenómeno, fazer análise crítica nos dados e identificar pistas discretas, mas que mostram relações entre as categorias. Assim, através das questões: porquê, como e quando, conseguimos descobrir as relações entre as categorias e obtivemos as condições para relacionar a estrutura com o processo. Após este exercício, podíamos avançar para o próximo passo, codificação seletiva.

Na terceira etapa, a **codificação seletiva** pretende organizar e integrar categorias a um nível mais abstrato, por forma a organizar as categorias para construir estruturas teóricas (Pandit, 1996). Ou seja, a elaboração da categoria central à volta da qual as outras categorias podem ser agrupadas e pelas quais são integradas (Strauss & Corbin, 1990; Flick, 1998). No caso, nenhuma categoria conseguia, por si, explicar todo o fenómeno, pelo que elaboramos dois constructos sob os quais todas as categorias pudessem ser subsumidas (Strauss & Corbin, 1998). Os constructos eram: *Avaliação Diagnóstica e Intervenção Terapêutica de Enfermagem*, esta

divisão e organização permitiu ir construindo uma explicação teórica (Strauss & Corbin, 1990) ou uma teoria interpretativa (Charmaz, 2006). Para o conseguirmos, utilizamos a estratégia sugerida pelos autores precedentes: o uso de *diagramas*. Os diagramas foram construídos do concreto para o abstrato, como árvores de conceitos, numa lógica de modo indutivo. Estes constituíram-se, subconceitos e as suas inter-relações. Sendo de enorme utilidade, pois ganhamos distância dos dados, tendo a perceção da globalidade e forçaram-nos a trabalhar com conceitos.

A **codificação teórica** constituiu a quarta etapa da codificação (Charmaz, 2006), sendo um nível de codificação sofisticado efetuado a partir das categorias selecionadas anteriormente. Nesta fase procuramos relacionar os códigos substantivos de forma a construir uma história analítica, compreensiva e coerente sobre o processo de raciocínio (Charmaz, 2006). Esta relação criada levou a que a “história” analítica se direcionasse no sentido da explicação teórica do *Raciocínio Clínico dos Enfermeiros que trabalham na Urgência*. Assim, demos por terminada a recolha de dados quando obtivemos a saturação teórica das categorias (Charmaz, 2006), conseguida quando não se evidenciaram novas propriedades das principais categorias, nem mais *insights* teóricos acerca da explicação teórica emergente. Por fim, chegamos à categoria central e à explicação teórica integral subjacente.

#### **CrITÉrios de rigor metodolÓgico na ordenaÇão e análise dos dados**

No processo de investigação é essencial desenvolver estratégias que confirmem rigor nos resultados obtidos. Assim, neste processo de codificação respeitamos os princípios importantes para garantir o rigor metodológico: ser fiel recorrentemente ao objetivo central do estudo; ser coerente com o que os dados estão a mostrar e as relações que estão a evidenciar; estar atento à categoria central e respetivas interações com o meio; a criação de *memos*.

A construção de análise por cada palavra e/ou frase, ainda que no início fosse tarefa demorada,   medida que os códigos começaram a emergir e a saturar-se, tudo se tornou mais fácil e rápido, mais aliciante e desafiante. Existiram momentos em que a maturidade foi tal que através de uma leitura rápida dos dados já se conseguia construir categorias. No entanto, tivemos o cuidado de ser críticos para não diminuir a qualidade de codificação.

De salientar que, se desaconselha que o investigador atribua relevância estrutural a dados como idade, g nero, classe social, etnia, etc., sem que tal surja dos dados, e não tenha outras variáveis “*conceituais à priori*” (Trinidad, Carrero & Soriano, 2006).

## 2.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Os enfermeiros investigadores têm a responsabilidade de conduzir a investigação de modo a preservar os **princípios éticos sólidos** e a **proteger as pessoas**, não podem ser provocados danos. Assim, a proteção dos participantes teve sempre em primeiro plano. Então, foram tidas em conta as considerações éticas inerentes ao **consentimento informado**, o participante estava devidamente esclarecido sobre o estudo e houve respeito pelas **relações entre participantes e investigador**, **acesso**, **confidencialidade**, **anonimato** e **análises de dados** (Streubert & Carpenter, 2006:62-64). Neste caso, como a entrevista foi tida em conta a relação entre investigador e participante, no sentido de não haver confusão de papéis. O investigador questionou-se ao longo do estudo sobre o respeito pelas componentes éticas do seu trabalho.

De facto, a investigação que envolve seres humanos, obriga ao cumprimento de normas e responsabilidades éticas por parte do investigador, respeitando os Direitos Humanos e, que se consubstanciam no respeito pelo direito à autodeterminação expresso no consentimento livre e esclarecido, no direito ao anonimato e confidencialidade, à proteção contra o desconforto e a um tratamento justo e equitativo (Bogdan & Biklen, 1994; Fortin, 1999; Polit & Beck, 2004; Streubert *et al.*, 2011). Os investigadores que desenvolvem os trabalhos sobre seres humanos estão obrigados a melhorar o conhecimento e a obter a mais alta evidência científica, utilizando os melhores métodos disponíveis para explicar e sedimentar a prática, beneficiando assim, esses mesmos seres humanos. Nos estudos qualitativos e, neste em particular a proximidade entre os participantes e investigador era uma realidade, daí as preocupações éticas por parte do investigador terem assumido relevância maior. As relações de proximidade estabelecidas entre ambos, não poderão influenciar os resultados nem o desrespeito dos direitos dos participantes (Dempsey & Dempsey, 2000; Streubert *et al.*, 2011).

Na preocupação pelo cumprimento rigoroso da metodologia e dos preceitos éticos desde muito cedo tivemos como pilar estruturante preparar todo o trabalho de acordo com estas obrigações. Por isso, na preparação do projeto inicial, refletimos acerca da **pertinência e utilidade do estudo** para a disciplina e profissão de enfermagem e, conseqüentemente para as pessoas beneficiárias dos cuidados de enfermagem. Ao refletirmos sobre a importância deste estudo para as pessoas que recorrem à urgência, concluímos que ele poderá trazer contributos valiosos para serem incorporados na prática clínica, potenciando o raciocínio clínico dos enfermeiros e, evidentemente melhorar a qualidade e rapidez das intervenções às pessoas.



Após a aprovação do projeto pela Comissão Científica do Programa de Doutoramento em Enfermagem, solicitamos ao Conselho de Administração e à Comissão de Ética do Hospital a respetiva autorização para que o mesmo fosse desenvolvido. O pedido de autorização incluiu um desenho sucinto do projeto, acompanhado dos instrumentos de consentimento informado para os enfermeiros e pessoas cuidadas. Nestes documentos estava o nosso compromisso para com os requisitos éticos inerentes à investigação, respetivamente.

A obtenção do **consentimento informado ou livre e esclarecido**, significa que os participantes no estudo são detentores da informação relativa à investigação em que participam, compreendem-na e estão em situação de proceder a uma escolha livre sobre a sua participação no mesmo (Morse & Field, 1998; Speziale & Carpenter, 2003; Streubert *et al.*, 2011). Várias organizações nacionais e internacionais, como a Organização Mundial de Saúde (2006) têm proposto protocolos de consentimento informado a utilizar pelos investigadores, fazendo referência aos **princípios da autonomia, beneficência e justiça** (Dempsey & Dempsey, 2000; Speziale & Carpenter, 2003).

Nas declarações de consentimento informado incluímos os tópicos preconizados pelas diferentes entidades e especialistas no domínio da investigação adaptando-os aos participantes: pessoa cuidada e enfermeiros. Também, deixamos na sala de enfermagem todos os documentos inerentes ao estudo. O consentimento informado era assinado no dia da entrevista e feita a gravação da declaração formal do consentimento informado. De frisar que, neste estudo, dado o método, a natureza do assunto a investigar e o volume de trabalho na urgência, procuramos que a recolha de dados afetasse o menos possível o trabalho dos enfermeiros. Por isso, os entrevistados estavam nesse momento mais libertos em termos de trabalho.

Também, respeitamos os tempos e as emoções dos participantes, mesmo depois de desligar o gravador era mostrada disponibilidade e promover uma relação de escuta ativa. Durante todo o processo de colheita de dados foram sempre desenvolvidas estratégias para garantirem a confidencialidade e o anonimato dos participantes. Os aspetos éticos foram questionados constantemente de modo a homologar o seu respeito, em qualquer circunstância, durante a colheita e análise de dados, bem como, a sua futura divulgação. Na colheita, interpretação e apresentação de dados tivemos sempre o hábito de ler e reler os resultados e conclusões, sendo fiéis aos dados e, ainda sermos capazes de compreender as experiências dos participantes.

De salientar que, embora estivesse claro desde o início que o investigador era enfermeiro, sistematicamente reforçamos a informação de que o nosso papel ali era apenas o de “observador” ou “investigador”.



### PARTE III

#### 3. A NATUREZA DO PROCESSO DE RACIOCÍNIO CLÍNICO DOS ENFERMEIROS QUE TRABALHAM NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

“As avaliações instantâneas são primeiro que tudo, extremamente rápidas; apoiam-se nas mais finas fatias de experiência.” (Gladwell, 2005:57)

Neste capítulo identificamos as características do *processo de raciocínio clínico dos enfermeiros* que cuidam de pessoas que recorrem ao SU, resultantes das entrevistas e da observação participante. Estas características constituem um padrão que corresponde à *natureza do raciocínio clínico* no SU.

Paralelamente, descrevemos o SU para contextualizarmos o espaço onde decorre este processo. Visto que, a natureza do *raciocínio clínico* é dependente do contexto e das relações que são estabelecidas, na sua vertente psicossocial. Por último, apresentamos a natureza do *processo de raciocínio clínico*, propriamente dito.

No enxerto seguinte pudemos ver alguns aspetos mencionados anteriormente.

“O contexto de urgência é um tempo curto, a relação que estabelecemos com as pessoas é uma relação curta, mas tem que ser uma relação muito forte, ela é sempre muito forte, ou aquele enfermeiro é mau ou aquele enfermeiro é um santo, isto é o dia-a-dia”. E17\_NAR\_20160317

##### 3.1 SERVIÇOS DE URGÊNCIA

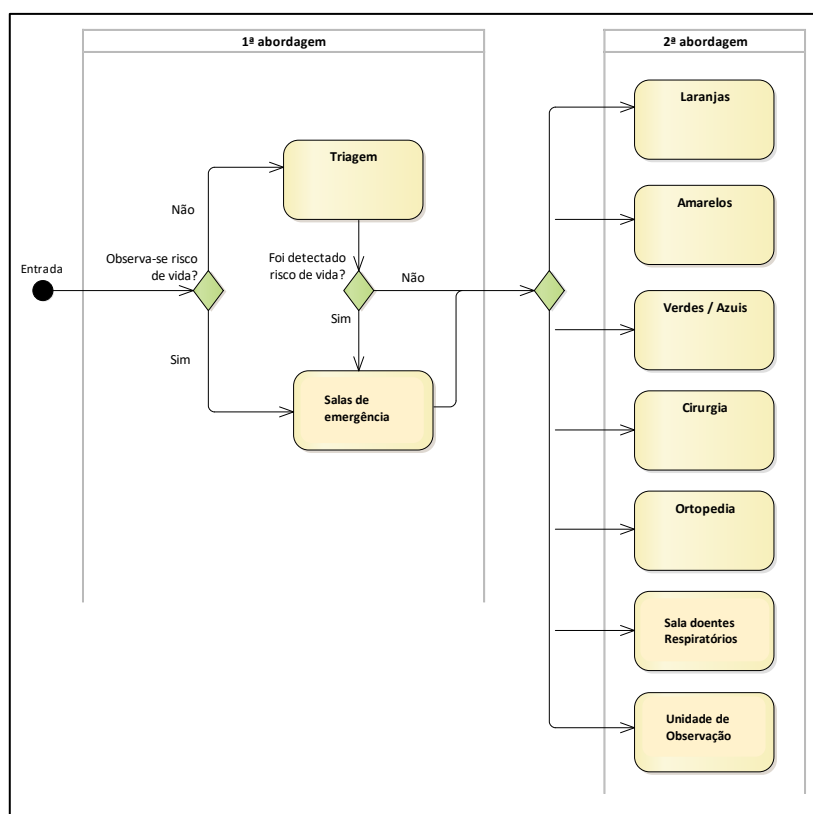
Os serviços de urgência, habitualmente, estão organizados em dois grandes setores: Ambulatório e Internamento.

No contexto selecionado para este estudo o **Ambulatório** é constituído pela sala de triagem, salas de emergência, gabinetes de observação, salas de trabalho e salas de espera. O **Internamento** é composto pela unidade de observação. De realçar que no presente estudo os enfermeiros nos seus discursos dividem a urgência de um outro modo, falam de dois grandes setores: I) **Setores de Primeira Abordagem**: sala de triagem e salas de emergência e II) **Setores de Segunda Abordagem**: Ambulatório (balcões) e unidade de observação.

A sala de triagem e as salas de emergência são considerados setores de primeira abordagem por serem locais onde a pessoa é avaliada pela primeira vez. Na sala triagem acontece o primeiro encontro da pessoa com enfermeiro e instituição, e é onde se estabelece a prioridade clínica. Nas salas de emergência assistem-se pessoas com situações clínicas que exigem intervenção imediata. Ambos os setores com objetivos de minimizar e/ou prevenir riscos clínicos, garantindo a segurança para a saúde da pessoa. Já os setores de segunda abordagem, são aqueles onde a pessoa é avaliada pela segunda vez, após avaliação na triagem ou nas salas de emergência. Para estes setores vão as pessoas que não exigem cuidados imediatos e podem aguardar pela observação de acordo com a prioridade estabelecida.

Neste seguimento, o discurso dos enfermeiros permitiu esboçar um esquema que contextualiza o *processo de raciocínio clínico* no SU, de acordo com as prioridades clínicas e os diferentes setores de abordagem (Figura 7).

Figura 7 - Classificação dos Setores no Serviço de Urgência



A primeira abordagem das pessoas no SU é, habitualmente, feita na sala de triagem. No entanto, se à entrada a pessoa demonstrar instabilidade clínica que exige intervenção imediata ela é

levada diretamente à sala de emergência (e. g. compromisso da função respiratória). Portanto, as salas de emergência e a sala de triagem são os setores que recebem as pessoas no SU. Por isso, os enfermeiros as nomeiam como setores de primeira abordagem.

Nos outros casos, em que a pessoa não necessita de cuidados na sala de emergência, segue da triagem para o percurso dito normal, ou seja, é triada e, posteriormente devidamente encaminhada para os setores de segunda abordagem (balcões ou unidade de observação).

### 3.2 NATUREZA DO PROCESSO DE RACIOCÍNIO CLÍNICO

Relativamente, à natureza do *Processo de Raciocínio Clínico*, os dados mostraram que existem constructos que se repetem numa dimensão diacrónica. A título de exemplo, o constructo *Processo de Avaliação Diagnóstica* está presente nas categorias que resultam dos dados das entrevistas e da observação participante. Ele aparece nos diferentes momentos de contacto entre o enfermeiro e as pessoas nos vários setores, desde o primeiro contacto até à alta. Daí, dizermos que este constructo é referido pelos participantes nas entrevistas e percecionado pelo próprio investigador através das observações.

Para sistematizar a organização dos dados decidimos que cada constructo será caracterizado com base nos resultados das entrevistas e das observações, realçando-se as semelhanças e as diferenças do contexto onde ocorre. Por último, procederemos a uma definição integradora de cada constructo, onde se destacam as características principais, nomeadamente a relação entre si e sua evolução ao longo do *processo de raciocínio clínico*.

O contexto ou “palco” onde acontece o *processo de raciocínio clínico* será descrito de acordo com as características de estrutura física, mas também as psicossociais, mostrando como se relacionam entre si os diversos atores e como circulam.

### 3.3 O CONTEXTO DA INTERAÇÃO: ESPAÇO FÍSICO

O contexto deste estudo é um serviço de urgência polivalente no centro de Lisboa. Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS,2001) ele é qualificado por ser uma unidade com maior grau de diferenciação e uma referência nacional, com capacidade para acolher situações urgentes e

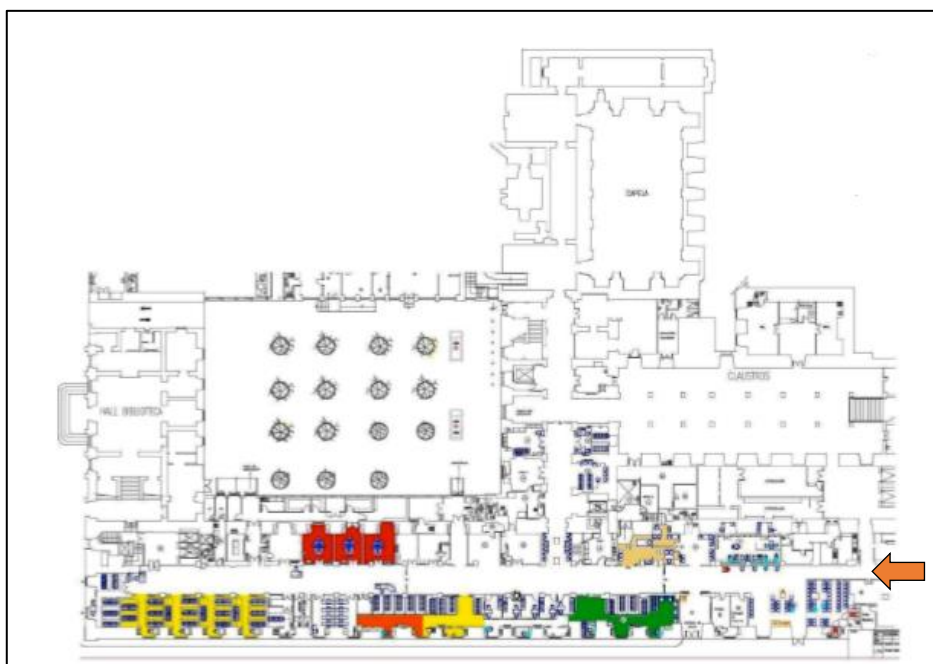
emergentes que são encaminhadas pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). Neste caso, o serviço está integrado num hospital criado pelo DL n.º 50- A/2007 de 28 de fevereiro, inserido numa só organização de quatro hospitais centrais e, posteriormente a 1 de março de 2012, no Decreto-Lei n.º 44/2012 de 23 de fevereiro, integrados mais dois hospitais.

O SU funciona como uma área clínica transversal com a missão de garantir a prestação de cuidados de saúde diferenciados, às pessoas urgentes e emergentes que a ela recorram, em particular aos da sua área de referência. No entanto, independentemente da sua proveniência, serve uma área de referência alargada estimada em 2,3 milhões de habitantes (SNS, 2018), correspondendo a 38 de 53 freguesias do Concelho de Lisboa e é referência para hospitais periféricos que não têm urgência polivalente.

Este serviço integra a Rede Nacional de Urgência e Emergência como Serviço de Urgência Polivalente/Centro de Trauma, a funcionar 24 horas por dia, possui grandes dimensões, constituído por setores de atendimento, onde exercem funções um número elevado de profissionais de saúde. A estrutura física já é antiga, situa-se num piso térreo de fácil acesso a pessoas a pé, de ambulância ou em transporte próprio. A entrada é dotada de um espaço amplo para pararem ambulâncias e transportes particulares.

Na entrada existe uma receção para as pessoas se inscreverem com uma sala de espera (Figura 8).

Figura 8 - Planta do Serviço De Urgência



À esquerda há uma porta que dá acesso à parte interna da urgência, onde começa um corredor extenso dividido a meio por uma porta de correr com salas à direita e à esquerda. Ao nosso lado direito temos a sala de triagem, a pequena cirurgia e mais adiante um corredor onde estão o balcão de ortopedia, de otorrinolaringologia, de oftalmologia e gabinetes verdes. Continuando, no corredor principal temos do lado esquerdo os balcões laranjas, amarelos e um espaço amplo onde são assistidos doentes respiratórios.

O corredor dividido a meio pretende separar o ambulatório (balcões), das salas de emergência e da unidade de observação. Assim, à direita temos as quatro salas de emergência e, em frente a sala de enfermagem e de médicos. Mais adiante, à esquerda está uma sala de isolamento e a unidade de observação com cinco salas. E, ainda casas de banho, salas de arrumo de material e alguns sofás/cadeiras que servem para os profissionais transmitirem informações aos doentes e famílias. Também, é no início deste corredor que esperam bombeiros e tripulantes do INEM a chamada para o atendimento das pessoas que trouxeram para a sala de triagem. Este corredor principal assemelha-se a um “palco” onde os atores circulam a uma velocidade estonteante, percorrendo 150 metros em prol do cumprimento do seu dever.

O SU possui as seguintes valências: Anestesiologia; Cardiologia; Cirurgia Cardiorácica; Cirurgia Geral; Cirurgia Maxilo-Facial; Cirurgia Plástica e Reconstructiva; Cirurgia Vascular; Gastrenterologia; Hematologia; Medicina Interna; Nefrologia; Neurocirurgia; Neurologia; Oftalmologia; Ortopedia; Otorrinolaringologia; Psiquiatria; Urologia; Vertebro-Medular. Dá igualmente suporte à atividade da Via Verde Coronária, Via Verde AVC; Via Verde Sépsis e Via Verde de Trauma. As suas diversas valências estão organizadas para assegurar e proporcionar uma continuidade de cuidados ao doente crítico, desde o pré-hospitalar (VMER da instituição), à Urgência Geral, aos cuidados diferenciados prestados em unidades específicas.

O atendimento no SU é orientado sob o **Sistema de Triagem de Manchester** implementado neste Centro Hospitalar desde 2007.

A estrutura física está organizada do seguinte modo:

- A **Triagem** é constituída por uma sala ampla com três postos de atendimento.
- O **Ambulatório** é composto pelo balcão verde/azul; amarelo/laranja; ortopedia; otorrinolaringologia e oftalmologia.
- As **Salas de emergência** são quatro com capacidade para receberem quatro pessoas simultaneamente: As Salas 1 e 2 estão direcionadas para a receção de pessoas vítimas de trauma, as Salas 3 e 4 para pessoas em situação crítica do foro médico ou cirúrgico (não traumático).

- **A Unidade de observação** é constituída por cinco salas com capacidade para receber vinte e duas pessoas. Estas estão dotadas de material e equipamento com a finalidade de prestação de cuidados a um nível intermédio.

Relativamente, ao Ambulatório de uma forma mais específica, o balcão geral: Amarelo/Laranja e Verde/Azul, é uma área aberta dividida em pequenos espaços, separados por cortinas onde trabalham médicos, enfermeiros e outros profissionais. Neste espaço é difícil manter o respeito pela privacidade, dada a estrutura física. Também, é pequeno para o número de pessoas assistidas, o que condiciona a permanência da família e, consequentemente torna-se um entrave à colheita de dados e à comunicação dos enfermeiros com a família. Nesta área misturam-se as pessoas com cor atribuída de laranja, de amarela, de verde e pessoas com patologia respiratória.

O balcão de pequena cirurgia é constituído por três salas; nas duas primeiras assistem-se pessoas com feridas simples e, a terceira sala está preparada para a execução de tratamentos a feridas sépticas e pequenas intervenções cirúrgicas infetadas que necessitam de apoio anestésico.

O balcão de ortopedia, é constituído por duas salas, uma para consulta médica e a outra para tratamento médico e/ou cuidados de enfermagem.

O balcão de otorrinolaringologia e oftalmologia têm duas salas, uma para cada especialidade.

O percurso das pessoas que recorrem ao serviço de urgência obedece a um conjunto de normas e protocolos que conferem um atendimento de qualidade e segurança nos cuidados. Como tal, o primeiro protocolo que se impõe no SU é o Protocolo de Manchester, implementado pelo Grupo Português de Triagem (GPT). Com objetivo de uniformizar os cuidados dos profissionais de saúde e o atendimento nos hospitais, servindo como instrumento de gestão e apoio à decisão clínica. Este método de triagem não fornece um diagnóstico, mas sim definir uma prioridade clínica com base nos problemas identificados. Para além deste protocolo no SU temos outros: a *Via Verde AVC*; a *Via Verde Sépsis*; a *Via Verde Trauma* e a *Via Verde Coronária*, sendo também, essenciais para a prevenção de complicações assistenciais.

De seguida, para enquadrar a nossa colheita de dados no panorama do SU, apresentamos a Tabela 5 que mostra o número de pessoas triadas sob Protocolo de Manchester, durante o período da colheita de dados.

As pessoas que recorrem ao SU impõem um trabalho diário por parte dos enfermeiros, algum dele caracterizado por rotinas que descrevemos de forma sucinta.



Tabela 5 - Pessoas triadas sob Protocolo de Manchester

Triagem de Manchester	
Mês	Número de Pessoas
Fevereiro	11747
Março	12550
Abril	12309
Maio	12897
Junho	12527
Julho	13146
Agosto	12579
Setembro	12346
Outubro	12123
Novembro	11393

**Fonte:** Consulta nos Mapas de Estatística do Movimento Assistencial do Hospital

O início de cada turno começa na sala de enfermagem, onde todos enfermeiros se reúnem: Enfermeira Chefe; Enfermeiros Responsáveis; Enfermeiros Chefes de Equipa e os Enfermeiros da prestação de cuidados. Nessa altura, o Chefe de Equipa distribui os colegas pelos diferentes setores do SU. De seguida, cada enfermeiro dirige-se à sala correspondente para a passagem de turno, no sentido de receber informação das pessoas por quem vai ficar responsável. De seguida inicia as intervenções de enfermagem de acordo com necessidades das pessoas e em concordância com os objetivos da sala onde está “escalado”. No caso de o enfermeiro não ter doentes no seu setor verifica a funcionalidade dos recursos materiais (carros de reanimação, desfibrilhadores, oxigénio, aspiradores, etc.).

Os chefes de equipa de enfermagem passam entre si a informação abreviada de todos doentes que estão no SU, percorrendo todos os setores para obterem uma noção global de como está o serviço e programarem intervenções necessárias. Estes enfermeiros são responsáveis pela gestão de recursos humanos, gestão de recursos materiais e fazem a articulação entre diferentes serviços e hospitais. São considerados um elo de ligação com todas as equipas que trabalham no serviço de urgência, no hospital e com o exterior.

### 3.4 O CONTEXTO DA INTERAÇÃO: A COMPLEXIDADE DO CONTEXTO RELACIONAL

Após descrevermos o contexto físico, urge a necessidade de caracterizar o contexto relacional para responder a um dos propósitos deste trabalho, que é conhecer o contexto e as relações inerentes. Assim, evidenciamos os vários atores que fazem parte da equipa do SU e as funções dos enfermeiros nos diferentes setores. Por último, expomos as relações que se estabelecem entre enfermeiro e os vários atores.

A equipa de enfermagem é constituída pelos seguintes elementos: a Enfermeira Chefe; cinco enfermeiros que dão apoio à gestão e à formação de serviço (infecção hospitalar, supervisão clínica e formação; investigação; triagem e auditorias) e; oitenta e sete enfermeiros em horário de *roulement*, distribuídos por cinco equipas; cada uma delas equipas com um chefe de equipa.

Esta equipa tem idades compreendidas entre os 25 e 47 anos, com diferentes experiências profissionais (unidades de cuidados intensivos, serviços de medicina, serviços de cirurgia, etc.). Relativamente, à formação profissional dos enfermeiros destaca-se a especialidade de enfermagem médico-cirúrgica e a pós-graduação em urgência e emergência. No entanto, eles também, têm outras licenciaturas, pós-graduações e mestrados em outras áreas disciplinares como as ciências da educação, a sociologia e a psicologia.

Relativamente, aos outros atores, temos equipas permanentes: os assistentes operacionais, a cirurgia geral, a medicina interna, a ortopedia, a oftalmologia e o otorrinolaringologia. E outros que dão apoio quando solicitados (anestesia, cardiologia, técnicos de exame de imagem, etc.).

No que concerne às funções que os enfermeiros desempenham no SU, elas estão claramente definidas no *Protocolo da Urgência - Competências dos enfermeiros de cuidados gerais na urgência geral (UG)*. Nele estão enumeradas as competências transversais e específicas nos diferentes setores.

Assim, pelo facto deste trabalho de investigação abranger todos os setores do SU vamos expor de forma objetiva e sintética as competências dos enfermeiros.

#### **Competências transversais:**

- A passagem de turno;
- O acolhimento da pessoa e familiar e informar sobre a situação clínica;
- Receber informações da transferência de cuidados;
- Proceder à identificação ativa da pessoa (verificar os dados na pulseira);
- Identificar situações urgentes e prioritárias ou o agravamento do estado clínico, alertar o médico e, se necessário, encaminhar para as salas de emergência;

- Avaliar o estado das pessoas, formular diagnósticos de enfermagem, estabelecer intervenções, executá-las e avaliar os resultados;
- Executar os registos de enfermagem dos procedimentos e terapêutica, efeitos secundários e complicações;
- Orientar e supervisionar o AO nas diferentes tarefas;
- Testar a funcionalidade do equipamento;
- Sempre que a pessoa fique internada validar a sua compreensão e da família;
- Se necessário, acompanhar a pessoa ao serviço de destino e proceder aos cuidados conforme protocolos de transferência;
- Realizar ensinos/formação à pessoa/família e entregar o panfleto de acolhimento do serviço de urgência, garantir se necessários, os diferentes encaminhamentos (assistente social, psicóloga, serviços religiosos, etc.);
- Comunicar ao Enfermeiro Chefe de Equipa todas as ocorrências dignas de registo.

**Competências específicas:**

**i) Triagem**

- Gerir o funcionamento da sala de espera de triagem, da área de transferências das pessoas e receber informações da família e das tripulações que acompanham;
- Triar e encaminhar segundo Protocolo de Triagem de Manchester (PTM);
- Colocar pulseira identificativa na pessoa de acordo com o grau de prioridade e identificar familiar;
- Efetuar e/ou supervisionar a transferência da pessoa do pré-hospitalar para maca ou cadeira de rodas da UG, fazer registo no sistema informático;
- Delegar e supervisionar o acompanhamento da pessoa pelo AO;
- Informar a pessoa e familiar do procedimento e encaminhamento;
  - Verificar a operacionalidade do setor supervisionando as atividades do AO (higienização de superfícies e equipamentos, preparação de macas para a receção das pessoas e reposição dos níveis de materiais e consumíveis).

**ii) Unidade de observação e Balcões**

- Otimizar a colheita de dados/processo de enfermagem preenchendo corretamente: a avaliação inicial e ocorrências anteriores; a avaliação secundária e notas de evolução; registo do risco de quedas, registo de feridas, de queimaduras, de úlceras e de pensos; registo de *Jonnes Dependency Tool* e pedido de dieta adequada.

- Cumprir as intervenções preconizadas nos procedimentos da: *Via verde de AVC; Via verde de Sépsis; Via verde Coronária; Via verde de Trauma*; e circuito do Doente Neurocrítico.
- Zelar pela continuidade dos cuidados incluindo cuidados de higiene e conforto, alimentação e contacto com a família.
- Realizar registos de enfermagem no sistema informático (procedimentos, efeitos secundários de terapêuticas e complicações associadas).

### iii) Salas de emergência

As salas de emergência estão dotadas de material e equipamento com a finalidade de abordagem, estabilização, tratamento e encaminhamento de pessoas em emergência, com falência de um ou mais sistemas vitais e prestação de cuidados intensivos. Por isso é necessário, ter salas preparadas para a receção das pessoas em situação crítica, adequando-a às necessidades de cuidados; testar a funcionalidade do equipamento (ventiladores, monitores, desfibrilhadores, carro de emergência, rampas de vácuo e oxigénio); verificar a composição das caixas de cateter central, linha arterial, drenagem torácica, traqueostomia, conforme procedimento; pedir material ao serviço de esterilização e verificação do instrumental cirúrgico.

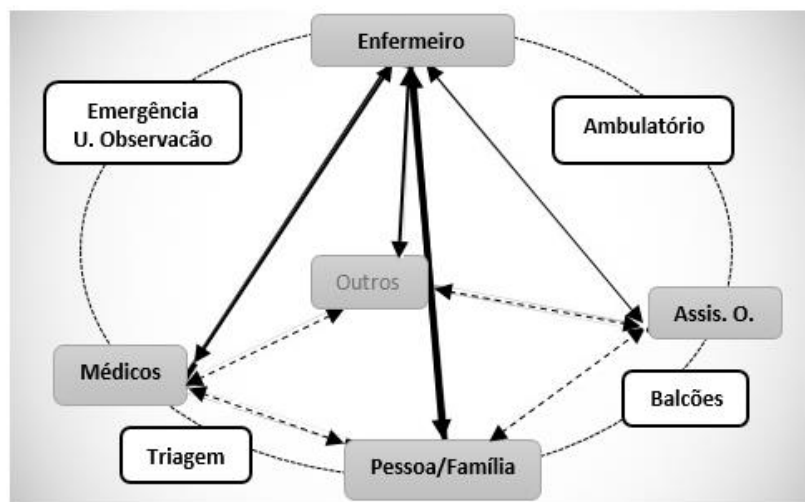
No atendimento direto às pessoas é fundamental receber informações das tripulações que acompanham; proceder à identificação ativa da pessoa, proceder à triagem segundo o PTM; avaliar a situação clínica e estabelecer prioridades de atuação segundo o algoritmo de abordagem à pessoa em situação crítica: **A** - Via aérea, com controlo da coluna cervical em situação de trauma; **B** - Respiração; **C** - Circulação; **D** - Estado neurológico; **E** - Exposição com controlo térmico; **F** - Monitorização dos parâmetros vitais, colheita de sangue e urina, acolher o familiar; **G** - Controlo da dor e dar medidas de conforto; **H** - Recolher a história atual e anterior; **I** - Inspeção, incluindo a parte posterior.

#### 3.4.1 As relações no contexto

Este serviço de urgência na resposta à sua missão conta com a colaboração de pessoas de diferentes áreas disciplinares. No entanto, neste trabalho faremos referência apenas aos que mais lidam diretamente com os enfermeiros e mais referidos nas entrevistas (Figura 9), como sejam: os médicos (medicina interna e cirurgiões) e assistentes operacionais.

Após a análise dos dados concluímos que no SU as relações que os enfermeiros estabelecem com os diferentes atores podem ser de três tipos: I) relações privilegiadas; II) relações secundárias; III) relações acompanhadas.

Figura 9 - A complexidade da relação do enfermeiro nos setores do SU



#### Legenda:

Relação privilegiada: enfermeiro ↔ pessoa/família

Relações secundárias: enfermeiro ↔ assistente operacional, médicos, outros atores.

Relações acompanhadas: relação entre os vários atores ←-----→ o enfermeiro observa/monitoriza

A **relação privilegiada** é sempre com a pessoa cuidada e família. Nesta relação desenvolvem-se os laços mais fortes, criados pela proximidade que o enfermeiro estabelece com a pessoa. O fortalecimento desta relação tem tendência a aumentar consoante o nível de interesse que, a pessoa sente, que o enfermeiro deposita em si. Este aspeto facilita a aceitação da pessoa aos cuidados propostos. A perceção da pessoa e da família sobre o enfermeiro, a confiança que têm nele são fundamentais para o processo de cuidados. Como pudemos confirmar nestes discursos.

“A relação melhora, aquele momento acaba por ficar mais amenizado quando nos colocamos no lugar do outro, porque facilmente percebemos o ponto de vista do outro e, facilmente conseguimos explicar e dizer que gostávamos que nos explicassem e a pessoa percebe que nos estamos a pôr no lugar dela e, percebe que nós nos esforçamos por dizer aquilo que queriam ver explicado, portanto no fundo passa sempre por sermos assertivos, ...” E3\_LI\_20160302

“Sim, estabelece. Eu digo isto porquê, porque às vezes é suficiente uma frase, é suficiente eu terminar a triagem e ele percebe que eu naquele momento lhe estou a dar atenção, quando eu termino a triagem, eu explico que vai ser triado para aquela especialidade, o doente sente isso, sente essa personalização, percebe que não é mais um que se sentou na secretaria e mais um que eu estou a triar...” E11\_GA\_20160313

De facto, é a partir da relação privilegiada que o enfermeiro apura a informação mais pertinente e de maior valor, pois a proximidade física e emocional que se estabelece favorece este progresso. Daqui emerge a imagem de que o enfermeiro não tira fotografias da situação clínica, ele vive o *filme* de saúde/doença junto e com a pessoa, quase em permanência total (E4\_TU\_20160308).

“Nós temos nas nossas salas de observação quatro doentes, nalgumas temos cinco e, por exemplo não há campainhas nas salas, muitas vezes eles perguntam para chamar como é? Respondemos, nós estamos aqui é só chamar, portanto eu normalmente apresento-me e então é só chamar pelo meu nome, eles ficam mais tranquilos, não haver ali uma campainha para carregar e esperar que alguém venha, nós estamos sempre ali presentes para qualquer coisa que precisem.” E4\_TU\_20160308

A experiência que a pessoa vive no serviço de urgência leva-a a comportamentos variadíssimos, mas de facto, é o enfermeiro que, em grande parte do tempo, observa, avalia e acompanha, conferindo-lhe um maior conhecimento de causa. Mesmo quando não está em presença direta com a pessoa esforça-se para ter pelo menos contacto visual.

Seguidamente, temos as **relações secundárias**, elas desenrolam-se entre o enfermeiro e os outros atores (médicos, AO, TAE, bombeiros, administrativos, etc.). Consideradas secundárias, por acontecerem num espaço curto de tempo, não serem cruciais, não serem contínuas e existem apenas para resolverem os problemas da pessoa. Caso contrário, não seriam necessárias, elas aparecem na Figura 9, nomeadas por “*Outros*”. Os *Outros* podem ser parceiros no cuidar, fontes de informação e de apoio em questões burocráticas.

Por último, temos as **relações acompanhadas**, neste caso o enfermeiro não está diretamente envolvido na relação, ele vê e ouve como acontece determinada relação entre os vários atores (médico-pessoa; assistente operacional-pessoa, etc.). Esta monitorização permite-lhe colher dados sobre a pessoa, da situação clínica e balizar a forma como estes atores se relacionam entre si. Como pudemos ler no discurso seguinte.

“R- Vê o todo, até mesmo a relação das pessoas quando eles chegam, nos vemos se é uma pessoa que está realmente a ser cuidada por aquele familiar ou se é exagero do familiar, se está a exagerar aquilo que faz em relação ao utente, nós entendemos também as relações deles, é o olhar, não é a presença, eu valorizo aquilo que eles dizem, mas valorizo mais o que vejo, mas para isso é preciso ter alguma competência e, quando está muito confuso é difícil fazer essa avaliação.” E6\_RO\_20160309

**Em síntese**, o enfermeiro estabelece vários tipos de relação com as diferentes pessoas e em contextos completamente distintos, as quais nomeamos de **relação privilegiada**, **secundária** ou

**acompanhada.** Estas relações são complexas, dadas as múltiplas intenções, características dos atores e o elevado número de relações que o enfermeiro vive ao longo de um turno.

Por certo, para otimizar a compressão sobre as relações humanas é fundamental conhecer as características dos vários atores e, é igualmente essencial, compreender o contexto onde as relações acontecem, sejam elas privilegiadas, secundárias ou acompanhadas. Por estas razões, vamos olhar de forma refletida para a relação entre o enfermeiro e a pessoa nos vários setores do SU, tendo em consideração que a relação entre eles é a mais importante para os cuidados de enfermagem – **Relação Privilegiada.**

### **3.4.2 A complexidade da Relação do Enfermeiro na Triagem**

O enfermeiro durante um turno pode triar entre 50 a 60 pessoas. Na consulta de triagem acontece o primeiro contacto entre o enfermeiro e a pessoa que procura cuidados de saúde. Geralmente, o enfermeiro não tem informações prévias sobre a vinda das pessoas à urgência. Por isso, na triagem ele interage com o pessoa e/ou família para apurar informações pertinentes em relação ao motivo de vinda. De facto, por serem inúmeras as interações que o enfermeiro estabelece durante um turno (familiares, bombeiros, técnicos do INEM, etc.), é difícil refletir sobre as várias interações. Obviamente, a multiplicidade de interações conduz o enfermeiro a uma (re)adaptação sistemática para corresponder a todas as solicitações e exigências.

Para além de que, as orientações do Protocolo de Manchester dizem que o enfermeiro deve triar a pessoa num espaço de três minutos, isto pode condicionar a interação entre ambos. O que não é estanque, visto que a decisão de quanto tempo é necessário, é sempre do enfermeiro.

Neste sentido, afirmamos que a consulta é de natureza individual e pessoal. Mas, o mais importante é que a ligação que se crie seja forte, potenciando a concretização dos objetivos do enfermeiro e da pessoa. Durante a consulta o enfermeiro e a pessoa estão a sós, o que é facilitador para otimizar a relação que se estabelece entre ambos.

Na consulta de triagem o enfermeiro chama a pessoa pelo nome e segue-se um cumprimento inicial. Este aspeto auxilia no desenvolvimento de uma relação de confiança entre estes dois atores. A confiança é importante, ela pode influenciar o volume de informação que a pessoa dá e a forma como vai enfrentar a sua estadia no serviço. O motivo da vinda ao SU também contribui para a complexidade desta relação. Dito de outro modo, se a vinda é mais ou menos programada, é natural que decorra de forma mais simples. Se pelo contrário, a pessoa se

deparou subitamente com um processo doença, aqui a situação pode ser mais penosa e a relação mais complexa.

Por outro lado, as expectativas da pessoa sobre os serviços de urgência e a sua visão sobre cuidados de saúde, em parte, dita o seu comportamento e a forma como vive esta estadia. Como vemos no enxerto mais abaixo.

“AN- É muito fácil, é mostrar interesse, a pessoa vê se a atitude do enfermeiro é, eu estou interessado naquela pessoa, isto é, faz-se de forma mecânica se a pessoa quiser. O que é valorizar a queixa, às vezes exacerbar, eu faço muito exacerbar a queixa, *mas tem estado mesmo muito mal*, não é preciso sempre. Mas é mostrar interesse, valorizar a queixa e nunca desvalorizar, nunca dizer não é isso que estou a perguntar...Mostrar interesse é o valorizar a queixa da pessoa e tratá-la pelo nome e depois entrar um bocadinho sem ser um grande interrogatório, isto aprende-se, sem ser um grande questionário, o que é que faz, onde, como, mas ir no discurso, interessa que a pessoa perceba que a outra a pessoa a quer conhecer.” E1\_An\_20160212

**Em síntese**, o enfermeiro e a pessoa e família na sala de triagem estão sozinhos. Neste sentido, o espaço proporciona todas as **condições de privacidade** para que a pessoa exponha o que a preocupa e o porquê da sua vinda. Esta circunstância auxilia na qualidade da interação entre ambos. A consulta é feita de forma **individual e personalizada**. É concedido tempo para que a pessoa faça perguntas e coloque dúvidas sobre a sua situação clínica. Também, existem neste setor um leque variado de recursos clínicos para concretizar os objetivos da triagem. Para além disso, há um programa informático específico que permite ao enfermeiro, em tempo real, fazer registos acerca de todas as observações, achados e possíveis alertas em relação à pessoa e à sua situação.

Dada a abrangência e finalidades desta consulta ela pode assumir-se como **avaliação diagnóstica e/ou intervenção terapêutica**. Visto que o enfermeiro avalia e age de acordo com a situação em causa. Ou seja, quando identifica dispneia na pessoa, implementa medidas de posicionamento para melhorar a oxigenação, logo desenvolve avaliação e intervenção.

### **3.4.3 A complexidade da Relação do Enfermeiro nas Salas de Emergência**

Nas salas de emergência, a interação do enfermeiro com a pessoa possui aspetos particulares, dada a situação clínica de instabilidade. Ao mesmo tempo, é limitada no tempo, por ser um setor onde as pessoas devem permanecer pouco tempo. Nos restantes setores da urgência o enfermeiro conversa pausadamente com a pessoa e tenta apurar dados para tomar decisões. Nas salas de emergência isto, nem sempre é possível, o diálogo entre ambos só acontece mais tarde. Isto por não ser benéfico para a pessoa falar ou por estar mesmo impossibilitada de o fazer, como é o caso de uma pessoa ventilada ou em PCR (paragem cardiorrespiratória). Realmente, o tempo de permanência nestas salas, geralmente, não excede as 2 horas. Pois,



quando assegurada a estabilidade clínica as pessoas são transferidas para a unidade de observação ou para outro serviço do hospital. As salas de emergência devem estar ocupadas o menos tempo possível, estando livres para receberem novas situações a qualquer momento.

De facto, estas situações de risco de vida exigem do enfermeiro intervenções imediatas, geralmente técnico-instrumentais (permeabilizar a via aérea, puncionar um acesso venoso, estabilizar a coluna cervical, controlar hemorragia, etc.), o que lhe ocupa grande parte do tempo e atenção numa primeira fase (segundos ou minutos). Ou seja, limita-lhe o tempo disponível para o diálogo e a escuta ativa, como se pode ler no enxerto seguinte.

“Roo – Instável...não tinha tensões mensuráveis, estava bradicárdico, e o 2º ECG revelou um bloqueio do ramo esquerdo. Portanto, voltou à paragem, logo retomamos manobras de SAV com a equipa médica e TAE’S. Tinha um na via aérea e enfermeiros na terapêutica, neste momento demoramos um pouquinho mais de tempo e só ao fim do 4º ciclo é que se retomou uma atividade compatível com pulso, presença de pulso...” E2\_ROI\_20160218

No entanto, logo que seja seguro o enfermeiro centra a sua atenção na pessoa, abandonando as questões mais técnico-instrumentais, para desenvolver competências de relação e integrar a família no processo. Nessa altura, esclarece-a sobre o que se está a passar, que intervenções está a fazer e que procedimentos se seguem. Pese embora, de lembrar que a qualquer momento a situação pode agravar e o enfermeiro voltar a priorizar as intervenções técnico-instrumentais.

Em alguns casos, a pessoa está capacitada física e psicologicamente para perceber a fragilidade da sua vida, compreendendo assim, a escassez de informação ou diálogo. Ou seja, percebe que isso tem a ver com o facto de os profissionais estarem centrados em evitar complicações ou no limite a sua morte. É bom que nestas vivências a pessoa confie nos profissionais para que adira aos cuidados propostos.

Nestas salas, o enfermeiro tem a seu cargo apenas uma pessoa o que promove e facilita o desenrolar da **relação privilegiada**. No entanto, apesar de ter uma única pessoa a seu cargo, a situação exige em simultâneo a interação com **outros atores** (médicos de medicina interna, cirurgiões, ortopedistas, assistentes operacionais, bombeiros, etc.), as quais nomeamos de **relações secundárias**.

Concomitantemente, monitorizam e vigiam as relações entre os diferentes atores, donde emergem, as **relações acompanhadas**. Este exercício de monitorização é fundamental para orientar e organizar os cuidados, pois grande parte das vezes, a liderança dos cuidados é da responsabilidade do enfermeiro.

Como pudemos ver a complexidade de cuidados que se prestam neste local obriga a atuação de diferentes profissionais, ao mesmo tempo. Assim, o enfermeiro estabelece uma infinidade de

interações de vários tipos num espaço curto de tempo. Por outro lado, estas interações estão envolvidas pela instabilidade da situação, o que pode gerar elevadíssimos níveis de *stress*. De seguida, temos um enxerto de avaliação e de intervenção na sala de emergência.

“A partir do momento que tenho um doente a falar comigo, tenho assegurada a via aérea, a respiração não é mais que olhar para aquele tórax e tentar perceber como está a função respiratória, como está aquela expansão, aquela oximetria, como estão a ser usados os músculos acessórios ou não, se houver possibilidade auscultação pulmonar, os sons cardíacos, como está aquela traqueia - se está desviada ou não, o ingurgitamento jugular se está ou não, depois passava a nível do C, para ver como está a circulação, como está uma pressão arterial, a nível de acessos para ver se era necessário colocar um acesso... diminuir o desconforto que o doente verbaliza, não é. Sejam medidas farmacológicas da equipa multidisciplinar sejam medidas autónomas como sejam o posicionamento, como a crioterapia, apoio emocional, massagem terapêutica, o reposicionamento...” E2\_ROI\_20160218

**Em síntese**, as interações nas salas de emergência estão caracterizadas por serem **múltiplas**, num **curto espaço de tempo**, por acontecerem **em simultâneo** à intervenção, por se desenvolverem em **ambientes com níveis elevados de stress**. Frequentemente, **a vida da pessoa está em risco**. Ou seja, decorrem perante situações de elevada instabilidade e imprevisibilidade. Também, de frisar que ao contrário dos outros setores a interação entre enfermeiro e família, habitualmente, acontece mais tarde, por questões de segurança, não é possível ser mais cedo. Estas interações exigem do enfermeiro um elevado nível de autodomínio e gestão de prioridades, ele continua aqui a ser o *pivot* central das interações, a sua posição é à cabeça da pessoa e na primeira linha de ação (E2\_ROI\_20160218).

#### **3.4.4 A complexidade da Relação do Enfermeiro na Unidade de Observação**

Na unidade de observações no SU, o enfermeiro pode ter 4 a 5 pessoas à sua responsabilidade. No início de cada turno durante a passagem de turno, o enfermeiro inicia o processo de conhecimento das pessoas a seu cargo. Este conhecimento evolui através da colheita de dados e da relação de proximidade que o enfermeiro cria, fazendo progredir a relação de confiança. Para tal, o enfermeiro conversa com a pessoa, avalia parâmetros vitais e implementa cuidados de higiene e conforto. Todos os momentos são aproveitados para construir relação e implementar o plano de avaliação e intervenção.

As razões de internamento na Unidade de Observação (UO) podem ser do foro médico e/ou cirúrgico. Na UO as pessoas passam algumas horas até se estabilizar a situação e/ou se identificar a patologia vigente. Embora o espaço não seja muito grande, ele permite que o enfermeiro se dirija a cada pessoa individualmente, o trate pelo seu próprio nome, perceba as suas necessidades e implemente intervenções adequadas.

A relação que é estabelecida entre ambos depende dos objetivos do enfermeiro, da disponibilidade da pessoa para interagir e da situação clínica. A interação é sempre personalizada e individual.

Por ter a seu cargo várias pessoas, o enfermeiro estabelece prioridades de atendimento. Para tal, utiliza a informação disponível para construir patamares de atuação (e. g. se tem dor, se pele fria ou temperatura baixa, se mal posicionado no leito, etc.). Também, executa ações consideradas de rotina (avaliar estado de consciência, avaliar sinais vitais, fazer registos informáticos, etc.). Nesta altura, em que está próximo da pessoa, conversa, observa e palpa, no sentido de apurar informações pertinentes e ganhar confiança. Estes momentos são considerados de avaliação diagnóstica, como também, possuem objetivos terapêuticos.

A razão do internamento pode ser igual ou diferente para cada pessoa. Mas, de certeza que a interação que o enfermeiro estabelece com cada um, é particular e única. Todos são únicos nas suas vivências e na forma como lidam com o seu processo de saúde/doença. Cabe ao enfermeiro desenvolver uma interação singular com cada um deles, obtendo o maior benefício em prol dos objetivos clínicos definidos e em consonância com os interesses da pessoa. A vantagem de poder estar em contacto com as pessoas pelo menos 3-6 horas, facilita o desenvolver da relação. Ao início a pessoa pode estar mais sisuda e menos participativa. No entanto, com o passar do tempo é natural que mostre maior abertura para o diálogo e mais envolvimento nos cuidados.

**Em síntese**, na Unidade de Observação o enfermeiro e a pessoa dispõem de maior tranquilidade e privacidade para poderem interagir. O tempo concedido para se aproximarem é de 3 a 6 horas (um turno), o que facilita o estabelecer da relação. Por sua vez, o enfermeiro estar com eles dentro da sala fá-los sentirem-se acompanhados, a presença constante do enfermeiro concede-lhes segurança. O facto de o enfermeiro ter apenas à sua responsabilidade 4-5 pessoas, permite-lhe ter maior disponibilidade para atender de forma personalizada e integrar a família nos cuidados. Paralelamente, as condições físicas são boas, promovendo conforto e privacidade. Por último, a visita dos familiares proporciona-lhes sentimentos de amor e pertença, facilitando a vivência da transição. Deste modo, segundo os dados percebemos que a Unidade de observação tem condições ótimas para o desenvolvimento da relação enfermeiro/pessoa/família.

#### **3.4.5 A complexidade da Relação do enfermeiro nos Balcões**

Os balcões são um *open space* o que promove e impõe interações múltiplas entre os diferentes atores. Assim, esta rede de interações que o enfermeiro gere nos balcões diariamente é complexa. Isto deve-se a três razões: a simultaneidade de várias relações (enfermeiro-médico;

enfermeiro-pessoa cuidada; enfermeiro-assistentes operacionais, etc.); por haver muito ruído; por existirem muitas pessoas a circular. Estas circunstâncias obrigam o enfermeiro a priorizar as relações e a usá-las como um instrumento de avaliação e intervenção. A intencionalidade que impõe nas relações que desenvolve conferem-lhe um carácter de elevada complexidade. Ao mesmo tempo, os enfermeiros afirmam que para esta complexidade também contribui: o elevado número de pessoas à sua responsabilidade; o existirem pessoas com prioridades clínicas diferentes; a estrutura física ser reduzida para o volume de pessoas; as numerosas solicitações dos doentes, dos médicos, dos técnicos, dos assistentes operacionais, em simultâneo. Realmente, as interações com atores privilegiados e atores secundários são mais que muitas e, nem sempre é possível, o enfermeiro responder a todos em tempo útil e desejável.

Outro obstáculo, é não ser exequível a permanência do familiar, o que dificulta a interação do enfermeiro com a família. Mesmo com a pessoa cuidada o contacto, por vezes, resume-se ao momento de administração de terapêutica e/ou tratamento, o que é impeditivo ao conhecimento mais aprofundado da pessoa e a integração da família. O que pode ser impeditivo do fortalecimento da relação de confiança entre enfermeiro, pessoa e família. Os enxertos mostram alguns aspetos da importância da família e da proximidade com a pessoa cuidada.

*“No balcão...então fui falar com ele e eu disse “Olha Cai e tal, não sei quê e tal, isto não é o fim do mundo, tem tratamentos”, estive assim a falar e, ele disse-me assim “G dá-me um abraço”, e eu vi que ele estava assim com aquele olhar perdido, perdido, sem chão, sem tudo e, eu dei-lhe um abraço ali, dei-lhe um abraço sentido,...”* E8\_GI\_20160313

*“C- A família é muito importante no serviço de urgência, porque é uma boa fonte de dados, uma fonte de segurança para o doente e são eles que vão estar com o doente depois da alta.”* E7\_CR\_20160311

**Em síntese**, a interação com **atores privilegiados** e **atores secundários** nos balcões, está dificultada pelo número de pessoas que ali estão presentes, pela estrutura física e pelo **tempo** que o enfermeiro dispõe para cada um deles. No entanto, o enfermeiro desenvolve estratégias e **readapta a sua interação** aos diferentes atores e às circunstâncias adversas.

### 3.5 A COMPLEXIDADE DA RELAÇÃO DO ENFERMEIRO: PERSPETIVA GLOBAL

**Em síntese**, é nestes setores: sala de triagem; salas de emergência; unidades de observação e balcões, que o enfermeiro desenvolve as suas atividades, tendo por base a relação com os diferentes atores. De facto, são **contextos que exigem respostas complexas** e uma atenção elevada para responder às necessidades em saúde. No entanto, essas necessidades nem sempre são saciadas no tempo ideal preconizado. O **número situações** e os **níveis de exigência** são elevadíssimos, **confrontando** assim, **necessidades** com **recursos disponíveis**. Neste âmbito, o

enfermeiro cria estratégias para conseguir colmatar as necessidades o mais rapidamente possível, colocando ao dispor um rigor técnico, relacional e ético na avaliação e na intervenção da pessoa, e é criativo para responder a todas as solicitações.

O termo complexidade para caracterizar este tipo de interações entre os diferentes atores (Figura 10), foi selecionado de forma intencional, por ser um contexto composto por diferentes variáveis com um elevado e imprevisível número de variáveis (Morin, 1990). Estas variáveis resultam de diferentes aspetos: existência de vários setores; a intencionalidade do enfermeiro em cada setor; a gravidade e o nível de *stress* que as situações clínicas acometem; o número elevado de atores em interação; o tempo disponível para cada interação e a estrutura física. De salientar que, o serviço de urgência é caracterizado por ser um ambiente de imprevisibilidade e incerteza. Os profissionais (re)adaptam-se para responderem, em tempo útil, adequadamente, às necessidades das pessoas. Isto vai ao encontro do que é dito por Le Boterf (1994), como competências essenciais a um profissional competente. Estes aspetos são, obviamente, prescritores do tipo e modo relacional entre os atores e esquematizados na Figura 10.

Figura 10 - Relações do Enfermeiro no Serviço de Urgência



### 3.6 A NATUREZA DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

*“O poder de saber, naqueles dois segundos iniciais, não é um dom mágico de algumas pessoas beneficiadas pela sorte. É uma capacidade que pudemos desenvolver para nosso benefício.” (Gladwell, 2005:23)*

Finalizada a descrição do contexto, dos intervenientes e da relação terapêutica entre eles durante o *Processo de Raciocínio Clínico*. Damos início à caracterização dos constructos do *Processo de Raciocínio Clínico: Processo de Avaliação Diagnóstica e Processo de Intervenção Terapêutica de Enfermagem*, considerados essenciais e que definem a sua natureza.

O primeiro constructo é o *Processo de Avaliação Diagnóstica*, construído a partir das entrevistas efetuadas aos enfermeiros e da observação participante. Os resultados serão apresentados seguindo a classificação dos setores dada pelos participantes. Ou seja, setores de primeira abordagem, onde são assistidas pessoas com - *Risco de Vida – Nível I* (sala de triagem e de emergência) e setores de segunda abordagem, onde são assistidas pessoas sem risco de vida – *Problemas expressos pela pessoa - Nível II* (balcões e unidade de observação). Neste seguimento, expomos os resultados da consulta de triagem e da abordagem nas salas de emergência.

#### **A - Setores de Primeira Abordagem – Nível I: Sala de Triagem e Salas de Emergência**

Na triagem faz-se o despiste, se há ou não risco de vida, nas salas de emergência assistem-se pessoas em *Risco de vida – Situações de Nível I*. Segundos os participantes estes setores são a primeira linha de ação. Esta classificação dada pelos participantes não corresponde à divisão feita pelo hospital. No entanto, dada a natureza deste estudo importa classificar de acordo com o pensamento dos atores do contexto.

Na sala de triagem e nas salas de emergência os enfermeiros pretendem assistir a pessoa o mais rapidamente possível, para evitar danos ou complicações para a saúde. Como vemos, o objetivo destas salas é semelhante, mas, o que lá acontece é completamente distinto. Dito de outro modo, nas salas de emergência desenvolvem-se ações imediatas para limitar ou impedir o risco de vida e/ou complicações. Na sala de triagem a finalidade é despistar se há risco de vida e definir prioridades clínicas, para depois encaminhar a pessoa em função dos seus problemas.

#### **3.6.1 O Processo de Avaliação Diagnóstica na Sala de Triagem**

A consulta de triagem é um ato específico dos serviços de urgência, efetuada exclusivamente por enfermeiros. Todos os enfermeiros que fazem triagem realizaram um curso sobre o

Protocolo de Triagem de Manchester (PTM), que lhes conferiu aptidão para esta função. Através deste protocolo o enfermeiro não faz um diagnóstico, mas estabelece uma prioridade clínica baseada na sua avaliação e nas queixas da pessoa.

Importa entender que, no momento da consulta o enfermeiro, ainda, não detém qualquer informação sobre a pessoa e a situação que a trouxe à urgência. Por isso, primeiro colhe dados para despistar, se há risco de vida (situação de nível I), se houver encaminha às salas de emergência. Se pelo contrário, não há risco de vida, continua a colheita de dados para compreender a razão ou razões da vinda da pessoa à urgência. Estas informações são fundamentais para o processo de compreensão e ação. Sob este prisma, pudemos afirmar que estes aspetos conferem à consulta de triagem um ato de *Avaliação Diagnóstica* por excelência.

Efetivamente, a consulta de triagem é feita à luz do PTM, no entanto, os participantes dizem que é apenas um instrumento de orientação e não de decisão “cega”, são as estratégias de pensamento crítico e de raciocínio que condicionam, na grande parte, as suas decisões. Como pudemos ler no enxerto seguinte.

“Roo – Vejo. Vejo o estado geral, por exemplo ele não me pede para ver tensões e eu às vezes vejo. Ele não me pede para avaliar os membros inferiores e, eu vejo. Ele não me pede para avaliar a eliminação e eu vejo...E, portanto, não é uma decisão definitiva, encaminhamos de acordo com o protocolo que está instituído, mas também de acordo com o raciocínio clínico que tens, não é. E a decisão final é a conjugação dos dois fatores.” E2\_ROI\_20160218

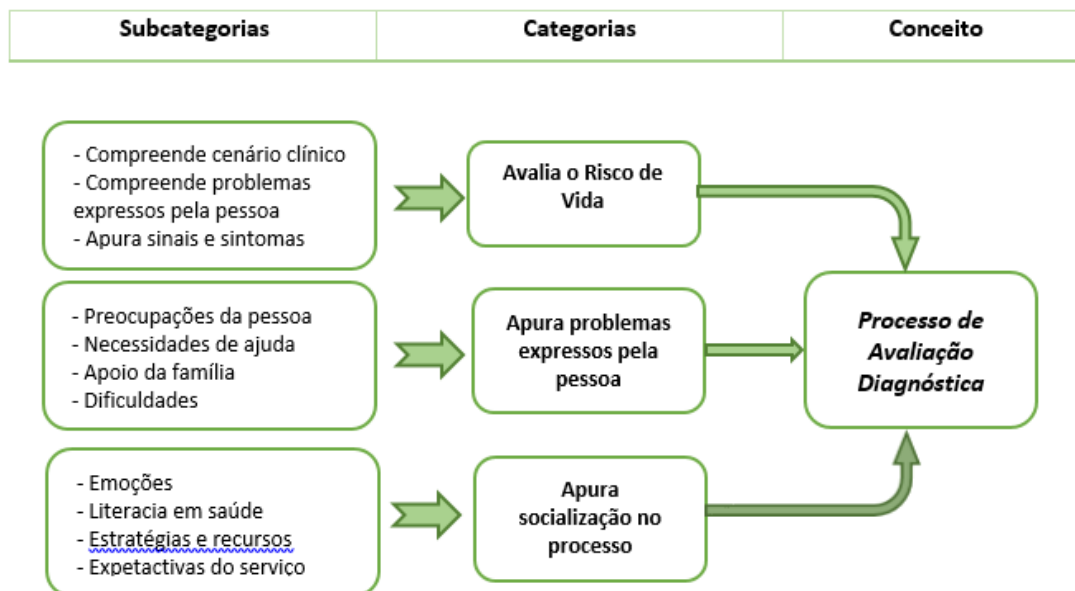
Assim, dos dados resultou que o *Processo de Avaliação Diagnóstica* na triagem é conduzido em função de três intenções que se organizam em categorias e cada uma delas com um conceito subjacente (Diagrama 1). Elas definem o *Processo de Avaliação Diagnóstica* na triagem:

- *Avalia Risco de Vida;*
- *Apura problemas expressos pela pessoa;*
- *Apura socialização no processo.*

Neste âmbito, a **primeira categoria** é *Avalia o Risco de Vida*. Este é um dos constructos mais relevantes, por responder ao *porquê da vinda*, na medida que se destina a compreender se é uma situação de risco de vida ou não. Esta categoria está sediada em três subcategorias, *Compreende cenário clínico; Compreende problemas expressos pela pessoa; Apura sinais e sintomas*. Sendo a subcategoria, *Compreende cenário clínico*, o primeiro foco, por despistar se há ou não risco de vida. Para isso, o enfermeiro logo que vê a pessoa começa de imediato a

avaliar a função respiratória, a função cardíaca e a função neurológica. Esta primeira avaliação permite-lhe identificar o tipo de cenário clínico<sup>4</sup>: Nível I ou Nível II.

Diagrama 1 - Categorização do Processo de Avaliação Diagnóstica na consulta de triagem



Se há risco de vida leva-a para as salas de emergência. Se não há risco de vida, o enfermeiro desenvolve a consulta para apurar e compreender o que poderá ter ditado a vinda à urgência, *Compreende problemas expressos pela pessoa*, depois para ampliar a sua compreensão, *Apura sinais e sintomas*, que lhe deem informação pertinente sobre o motivo da vinda.

De seguida passa para a operacionalização da **segunda categoria**, *Apura problemas expressos pela pessoa*, ou seja, ouve as suas queixas, orientando o pensamento para responder à pergunta *o que conduziu a pessoa ao serviço de urgência*. Daí, temos quatro subcategorias, *Preocupações da pessoa*; *Necessidades de ajuda*; *Apoio da família*; *Dificuldades*, que vão dando soluções para

<sup>4</sup> Cenários clínicos: **Nível I – Risco de Vida**, o primeiro nível de avaliação e de atuação do enfermeiro dirige-se para a resolução de situações de risco de vida. Assim, desenvolve intervenções que permitam controlar ou solucionar o risco de vida. Nestas situações a pessoa pode ter comprometimento da função: respiratória, cardíaca e/ou neurológica. Para tal, o enfermeiro desenvolve intervenções que permitam controlar as possíveis causas de morte (falência respiratória, hemorragias, convulsões, falência cardíaca, etc.). Habitualmente, estas situações são assistidas na sala de emergência, onde está uma equipa de saúde preparada, estrutura física e equipamento para dar resposta a cenários de elevada complexidade. Em alguns casos, os cenários de risco de vida podem ser identificados pelo enfermeiro noutros setores, mas rapidamente a pessoa é levada para sala de emergência.

**Nível II – Problemas expressos pela pessoa**, a este nível corresponde o segundo patamar de preocupação do enfermeiro na urgência. Nestes casos, o enfermeiro dispõe de mais tempo para organizar a sua avaliação e atuação. Nestes casos, a pessoa tem problemas que não colocam em risco a sua vida no imediato e podem esperar consoante a prioridade que lhe foi atribuída na triagem. Portanto, o enfermeiro, tria a pessoa e encaminha-a segundo as normas do serviço de urgência.



o ato de triar. Ou seja, ele explora de forma incisiva as razões evidentes e submersas através das perguntas: *O que a fez vir? Que sintomas tem? O que não consegue fazer e ficou diferente? Que estratégias usou?* Perante esta abordagem, a pessoa expõe as suas preocupações, queixas atuais ou antigas e menciona os sintomas. Também, apura as *Necessidades de Ajuda* (físicas, psíquicas e económicas) no discurso da pessoa. Depois, identifica as *Dificuldades*, sejam elas percebidas ou reais (dificuldade em andar, em ouvir, em falar, etc.). Simultaneamente, no discurso a pessoa pode fazer referência ao *Apoio da família*. Este conhecimento é essencial para perceber a forma como a pessoa vive este processo e ajuda a complementar a informação.

Como **terceira categoria** deste conceito temos, *Apura socialização no processo*, que tem como finalidades traçar um desenho sobre a vivência da pessoa na urgência, sediada em quatro subcategorias: *Emoções; Literacia em saúde; Estratégias e recursos; Expetativas do serviço*. Respondendo, às perguntas: *Como está a viver a situação? Que informação detém sobre a saúde? Que tipo de resposta deseja para o seu problema? Quais as expectativas em relação ao tempo de espera?* Estas respostas clarificam o sentir da pessoa e que recursos detém para responder à situação adversa. Como ainda, o enfermeiro aproveita para desmistificar as emoções da pessoa. Posteriormente, elucida-a sobre as ofertas de cuidados possíveis; o tempo de espera; as ajudas disponíveis no SU (possibilidade de estar acompanhada, o poder ligar a alguém, etc.). Neste sentido, esta abordagem tem intenção diagnóstica e terapêutica, na medida em que o enfermeiro colhe informação e clarifica a pessoa sobre os acontecimentos e procedimentos do serviço. Tal como é visível nos enxertos seguintes.

Enfª – Bom dia, porque vem ao serviço de urgência hoje?

L.A. – Tenho uma dor no pé direito.

Enfª – Há quanto tempo?

L.A. – 1 mês.

Enfª – Já foi ao médico de família?

L.A. – Sim, mas ele pediu um raio x que vai demorar a fazer e, a mim doí-me o pé e, preciso resolver isto, pois incomoda-me no trabalho... Obs19\_20160908

Enfª- Vou dar-lhe um verde, só estão dois doentes à espera na sala onde vai ser avaliado, o assistente vai explicar onde vai aguardar [a enfermeira explica porque lhe deu prioridade verde dizendo: tem nível de dor baixa, sem infeção e sem febre]. Obs04\_20160807

De facto, a forma como a pessoa está a socializar o processo súbito de uma indisposição ou de doença, é importante para a aceitação dos cuidados. No que se refere às emoções, o enfermeiro dá resposta em duas perspetivas: diagnóstica e terapêutica, na medida em que mostra interesse e desmistifica as *Emoções* que a pessoa está a viver. Nos enxertos, também, é notória a preocupação em identificar as *Estratégias e recursos*, usados pela pessoa antes de vir ao SU (se recorreu a um profissional, se fez medicação, etc.). Surge, ainda como, preocupação do

enfermeiro identificar qual foi a razão de optar pelo SU. Mais uma vez, verificamos intencionalidade diagnóstica e terapêutica.

Esta colheita de dados na consulta de triagem é complementada com recurso a escalas (escala numérica da dor e da escala de estado de consciência), de um termómetro auricular, de uma máquina para avaliar glicemia capilar, de um aparelho para avaliar tensão arterial e de um oxímetro de pulso.

No enxerto seguinte vemos a descrição da enfermeira sobre o que pensa a população acerca dos SU e é visível a sua preocupação em educar para aumentar a literacia em saúde.

“Na nossa população não se faz uma grande educação para a saúde e eu acho que é a única maneira de mudar, devíamos começar por educar as crianças e daqui por uns anos largos iríamos ter os frutos. Não é a um velhote de oitenta anos que eu digo, *“olhe não pode vir à urgência por causa de ter uma dor no dedo do pé há 3-4 meses”*, não é, são coisas assim do género, aquelas coisinhas de nada, dizem *“estava a passear na Baixa e ando com uma dor aqui no ombro há não sei quanto tempo e lembrei-me”* E5\_CA20160309

É no conjunto de apurar sinais e sintomas, das necessidades de ajuda, das incapacidades, da observação e do refinar de expectativas que o enfermeiro constrói um desenho mental sobre a verdadeira razão que trouxe a pessoa ao SU. Este processo permite, gradualmente, definir patamares de preocupação e, conseqüentemente, prioridades clínicas. Por certo, as pessoas recorrem à urgência por várias razões, mas cabe, ao enfermeiro descortinar o que interfere mais com o bem-estar, o que produz mais sofrimento e incapacidades, direcionando o seu pensamento e ação. O que é notório no enxerto seguinte.

“P- Eu na triagem costumo dizer, os que me preocupam mais são aqueles que menos se queixam, os que está tudo bem... Preocupa-me mais aqueles doentes que vêm e que não sabem muito bem o que sentem, mas sentem um desconforto, estão nauseados, até nem queria vir ao hospital, *mas a minha mulher insistiu tanto* e, depois identifica-se facilmente pelo fácies uma palidez, ali uma sudorese que à primeira vista até pode não despertar grande atenção. A mim chama-me logo à atenção, uma palidez, sudorese, o desconforto inespecífico, tive várias situações neste contexto que dei logo prioridade muito urgente. E9\_PA\_20160313

A compreensão da pessoa e da situação é continuamente otimizada pelas informações objetivas, subjetivas e significativas que o enfermeiro recolhe desde o primeiro contacto com a pessoa, família ou acompanhantes. Estas informações respondem aos objetivos da triagem e são excelentes ferramentas para desencadear uma relação de proximidade e confiança. Mais uma vez com dupla finalidade diagnóstica e terapêutica.

Para a colheita de dados o enfermeiro observa comportamentos, linguagem verbal e não-verbal, avalia tensão arterial, temperatura auricular, estado de consciência, glicemia capilar, etc. Neste âmbito, é interessante salientar que os participantes assumem que o primeiro olhar é estruturante para a tomada de decisão, o que vai ao encontro do mencionado por Gladwell

(2005:23), existem informações importantes apuradas no primeiro olhar nos dois segundos iniciais, este olhar reproduz informações imediatas ou instantâneas.

“C- O ver, ouvir e sentir, mas quando ele chega falo com ele, vejo logo se está consciente ou não, pronto ele também vem acompanhado pelos TAE (técnicos de ambulância de emergência) que nos passam a informação e nós estamos a ouvir e a olhar para o doente enquanto eles falam. Também nos dizem qual foi o tipo de acidente, como foi, como não foi,...” E5\_CA20160309

A enfermeira C, aborda doentes trazidos pelo INEM [em maca] e vai para junto de um doente [olha e diz, este senhor está estranho, há qualquer coisa..., a cor da pele, está suado, está estranho],... Obs03\_20160807

Na Obs03\_20160807 pode-se constatar que a primeira pista surge através do olhar da enfermeira, só depois é que ela se dirige ao doente e ao TAE para efetuar perguntas. Ao mesmo tempo, observa o comportamento do doente deitado na maca. É de realçar que, esta atitude da enfermeira, é de avaliação diagnóstica e tem características terapêuticas, na medida que demonstra compreensão, preocupação e interesse pela situação da pessoa.

Depois, há uma multiplicidade de sinais e comportamentos que são como que “*luzinhas*” que alertam para a colheita de informação específica. Sendo, úteis para a avaliação diagnóstica e facilitam o trabalho do enfermeiro na triagem. Como é o caso, da dor, da angústia, da astenia, do mal-estar, das alucinações, etc., mas estas, difíceis de quantificar. Daí serem uma tarefa espinhosa para o enfermeiro. No entanto, essenciais ao ato de triar.

Outro aspeto, a ter em conta no momento de triagem, segundo os participantes, é o facto de a pessoa divagar, contando coisas que podem *ter menos utilidade*, dado não convergirem para o verdadeiro problema. Por vezes, de forma consciente ou inconscientemente, as pessoas tendem a esconder alguma informação. Pois, pensam não ser pertinente e, no extremo, que possa interferir na decisão do enfermeiro. Assim, o enfermeiro deve estar em alerta para discernir o importante do acessório para compreender o verdadeiro motivo da vinda.

No que se refere, à relação de confiança que as pessoas depositam nos enfermeiros no SU, os participantes dizem que existem formas de melhorar essa confiança. Como pudemos ver nesta afirmação “... é muito fácil, é mostrar interesse, a pessoa vê, se a atitude do enfermeiro é eu estou interessado naquela pessoa, ... (E1\_An\_ 20160212). Aqui, é clara a intencionalidade do enfermeiro em transmitir que se preocupa com ela. Assim, pudemos ver a intenção diagnóstica e as potencialidades terapêuticas que o enfermeiro lhe incute. Tal como está descrito em algumas correntes psicoterapêuticas, como a psicanalítica, terapia centrada na pessoa, psicologia de aprendizagem social (Bandura, 1986; Freud, 1989, 1995, 1999; Rogers, 1974, 1995).

Todas estas informações colhidas durante a consulta são registadas em suporte informático, no processo clínico da pessoa e ficam disponíveis, no imediato, a todos os profissionais de saúde nos vários setores do SU. De relembrar que esta informação poderá ser otimizada pela colaboração da família ou por outras pessoas que estejam a acompanhar.

**Em síntese**, as três categorias, *Avalia o Risco de Vida; Apura problemas expressos pela pessoa e Apura socialização no processo*, estão imbuídas, continuamente, das duas finalidades de diagnóstico e terapêuticas. Dito de outro modo, o enfermeiro primeiro identifica o cenário clínico, risco de vida ou não. Posteriormente, percebe o que a pessoa pensa sobre o serviço de urgência, os tempos de espera e que crenças sobre esta estadia. De seguida, desmistifica expectativas sobre a urgência, o que se torna terapêutico.

Por outro lado, apura que apoio familiar a pessoa tem e que estratégias existem para responder a esta circunstância. Nesta perspetiva de avaliação podemos afirmar que estão subjacentes as duas finalidades diagnósticas e terapêuticas. Em relação ao diagnóstico, o enfermeiro pelas informações colhidas conclui o nível de gravidade da situação e qual o diagnóstico subjacente. Na perspetiva terapêutica, o enfermeiro reconhece e planeia as intervenções de acordo com as necessidades reais e potenciais da pessoa durante e, imediatamente, a seguir à triagem (escuta ativa, avalia temperatura, etc.). A sua atitude vai ser influenciada pelas informações instantâneas, objetivas e significativas em relação à situação. Ou seja, se a pessoa está em risco de vida, é necessária intervenção imediata, leva-a para sala de emergência. Ao contrário, se a pessoa não corre risco de vida e pode aguardar, encaminha-a consoante a prioridade estabelecida ao setor de destino.

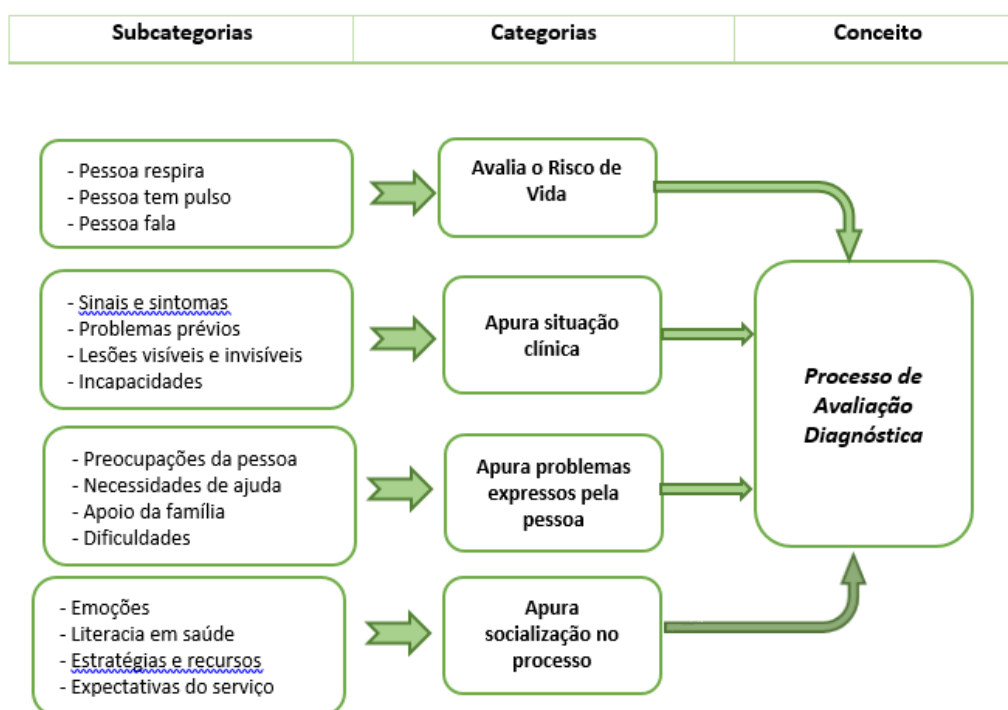
Por estas razões, afirmamos que o *Processo de Avaliação Diagnóstica* na triagem tem início a partir do momento que o enfermeiro tem conhecimento que a pessoa vai chegar. A consulta de triagem está caracterizada por finalidades diagnósticas e terapêuticas, em simultâneo. Por isso, é praticamente **impossível identificar o ponto** em que começa a **avaliação diagnóstica** e, começa a **intervenção terapêutica**. No entanto, é sempre a avaliação diagnóstica que faz arrancar o processo. Consideramos, por isso, que elas acontecem em simultâneo, entrecruzando-se num *continuum*. Aliás, existem mesmo momentos em que temos dificuldade em definir, se estamos perante avaliação diagnóstica ou intervenção. Isto não só devido à simultaneidade das ocorrências, como também, ao carácter terapêutico intrínseco a cada um destes processos (*Avaliação Diagnóstica e Intervenção Terapêutica*).

### 3.6.2 O Processo de Avaliação Diagnóstica nas Salas de Emergência

As salas de emergência só existem nos serviços de urgência. Nestas salas desempenham funções enfermeiros com competências acrescidas na área da reanimação e na utilização de tecnologia de elevada complexidade. Dos dados colhidos resultou que o *Processo de Avaliação Diagnóstica* dos enfermeiros nas salas de emergência acontece em função de quatro intenções. Estas organizam-se em categorias, cada uma delas com um conceito subjacente (Diagrama 2). Elas, no conjunto, coexistem para completarem o conceito de *Processo de Avaliação Diagnóstica*:

- *Avalia o risco de vida;*
- *Apura situação clínica;*
- *Apura problemas expressos pela pessoa;*
- *Apura socialização no processo.*

Diagrama 2 - Categorização do *Processo de Avaliação Diagnóstica* nas salas de emergência



Neste sentido, a **primeira categoria**, *Avalia o Risco de Vida*, corresponde às ações imediatas que são obrigatórias para diminuir ou impedir danos na saúde da pessoa. Esta categoria é a que tem maior valor por estar relacionada com o preservar da vida. Assim, o enfermeiro para garantir se a pessoa está em risco de vida ou não, responde às subcategorias, *Pessoa respira*, *Pessoa tem pulso* e *Pessoa fala*. Elas permitem traçar uma avaliação quase instantânea da situação clínica.

A avaliação começa logo no primeiro segundo em que o enfermeiro vê a pessoa entrar na sala (cadeira ou maca) e mantêm-se de forma contínua. Para controlar o risco de vida, o enfermeiro na avaliação e na intervenção usa competências profissionais; o olhar clínico, a palpação, o ouvido e os dispositivos clínicos. Em relação à primeira subcategoria, *Pessoa respira*, o enfermeiro avalia se respira, qual o tipo de respiração e se traz dispositivos clínicos coadjuvantes à respiração.

Na segunda subcategoria, *Pessoa tem pulso*, através da palpação o enfermeiro consegue perceber se existe pulso ou não. Identifica as características do pulso, podendo complementar essa avaliação através de um monitor cardíaco. Também, a palpação, em simultâneo, permite apurar temperatura da pele e iniciar o toque. Esta subcategoria, tem em si mesma, finalidades diagnósticas e terapêuticas, na medida em que se avalia pulso e, ao mesmo tempo, se cria relação de proximidade através do toque terapêutico. Tal como pudemos ver afirmado na E10\_OR\_20160313, “... há uma série de coisas que eu segurando o pulso do doente estou a avaliar, porque segurei o pulso, porque olho o doente, ...”

Na subcategoria, *Pessoa fala*, o enfermeiro pergunta: *como se chama?* E daí obtém estado de consciência e o tipo de discurso (pessoa orientada, confusa, agressiva, etc.). Este diálogo com a pessoa serve para iniciar o contacto verbal e progredir na relação terapêutica enfermeiro/pessoa, tal como conclui Lopes (2006) e Sapeta (2011), todo o contacto entre enfermeiro e pessoa servem para aprimorar a relação entre ambos.

O somatório de informações adquiridas serve para entender a situação clínica. E evidentemente, implementar intervenções recomendadas para cada avaliação. A partir daqui já há condições para se progredir para o segundo patamar de preocupação, que é **a segunda categoria, Apura situação clínica**. Ela responde ao *como* e ao *porquê*, da vinda da pessoa à urgência. Esta categoria elencada em quatro subcategorias, *Sinais e sintomas*, *Problemas prévios*, *Lesões visíveis e invisíveis*, *Incapacidades*. Neste sentido, o enfermeiro apura junto da pessoa os *Sinais e Sintomas*, que sente ou sentiu, que problemas o estão a incomodar, há quanto tempo existem. Questiona sobre *Problemas Prévios*, como alergias, medicação habitual, etc. Simultaneamente, aproveita para identificar lesões visíveis (feridas, hematomas, queimaduras, etc.), e avaliar a sua gravidade (dimensão, profundidade, características).

A proximidade do enfermeiro com a pessoa na sala de emergência dá-lhe oportunidade de adquirir estes dados com maior facilidade. O seu olhar atento e sistemático de avaliação cabeça/pés, também facilita o detetar de pistas clínicas que possam conduzir a lesões invisíveis (hemorragias internas, traumatismos, etc.). Concomitantemente, o seu olhar perspicaz é

conjugado com a sua capacidade comunicacional de dialogar com a pessoa para identificar incapacidades no discurso, no rigor ou rapidez de pensamento, sinais de agressividade, diminuição da força nos membros, etc.

A **terceira categoria** da *Avaliação Diagnóstica* nas salas de emergência é *Apura problemas expressos pela pessoa*, que é composta por quatro subcategorias: *Preocupações da pessoa*; *Necessidades de ajuda*; *Apoio da família*; *Dificuldades*. Elas no seu conjunto pretendem compreender em profundidade o que preocupa a pessoa, quais as reais necessidades e dificuldades, se a família pode dar apoio. As *Preocupações da Pessoa*, são o ponto fulcral desta categoria por se debruçar sobre o conhecimento dos motivos que a trouxeram. A pessoa pode estar preocupada com a situação clínica, com a família ou com o trabalho, é essencial perceber as verdadeiras preocupações para dirigir a intervenção. Os enfermeiros nos discursos mencionam que, muitas vezes, as pessoas estão mais preocupadas com o sentir da família do que propriamente com o seu estado de saúde. Algumas vezes, centradas em razões económicas, “*se eu fico cá no hospital, quem trabalha para sustentar a família*”. É neste sentido que o enfermeiro adequa a intervenção para responder às necessidades da pessoa, fazendo diligências para diminuir as preocupações (conversar com a família, contactar serviço social, etc.). A segunda subcategoria *Necessidades de ajuda*, é importante para compreender que necessidades existem (físicas, psicológicas, emocionais, etc.), a pessoa pode ter dificuldade em reconhecê-las. Também, o *Apoio da família* é uma subcategoria estruturante, habitualmente, uma situação de risco de vida, provoca sensações de vulnerabilidade, sendo importante o acompanhamento da família. De facto, era visível a importância que o enfermeiro dava à presença da família na sala de emergência, logo que a situação clínica estava controlada. O enfermeiro ia à sala de espera para perceber quem estava, aproveitava para dar informações sobre o que tinha ocorrido e percecionava se a família estava preparada para a visitá-la. Nesta subcategoria, pudemos ver finalidades diagnósticas e terapêuticas. Na medida em que o enfermeiro informa sobre situação clínica, prepara e acompanha a família. Por último, a subcategoria *Dificuldades*, pretende identificar todos os obstáculos que se impõem ao vivenciar o processo de transição, bem como, o implementar de estratégias para as vencer.

A **quarta categoria** deste conceito é, *Apura socialização no processo*, que tem como finalidade compreender como a pessoa está a viver esta situação de saúde/doença. Ela está fundada em quatro subcategorias: *Emoções*; *Literacia em saúde*; *Estratégias e recursos*; *Expectativas do serviço*. Na subcategoria *Emoções*, o enfermeiro deve estar atento para sinais emocionais demonstrados, no sentido de poder agir em conformidade. Muitas vezes, só o simples facto de a pessoa perceber que está numa sala de emergência provoca-lhe angústia e medo de morrer.

Nessa altura, o enfermeiro deve ter a capacidade de desmistificar esses medos e racionalizar as emoções sentidas.

A subcategoria, *Literacia em saúde*, pretende apurar que conhecimentos a pessoa tem sobre a situação clínica e esclarecer dúvidas para potenciar a capacidade de a pessoa tomar decisões e envolver-se nos cuidados propostos. De seguida, temos a subcategoria, *Estratégias e Recursos*, neste caso o enfermeiro identifica que tipo de resposta a pessoa pode dar àquela situação adversa e que recursos pode mobilizar para enfrentar o processo de transição. Nesta altura, apura-se, também, *Expectativas do serviço*, ou seja, que ideia a pessoa tem do serviço de urgência; em relação ao tempo de permanência, ao tipo de cuidados e o plano para a situação em si. É natural que, por ser uma situação súbita as expectativas da pessoa sobre o serviço sejam insípidas e pouco claras. Daí, a importância do enfermeiro no acompanhamento contínuo e vigilante. Obviamente, que o enfermeiro irá sempre desenvolver a sua intervenção personalizada e informada indo ao encontro das necessidades e expectativas da pessoa e da família. As quatro subcategorias que compõem a categoria, *Apura socialização no processo*, permitem de forma rápida compreender como a pessoa está a viver este processo de transição e quais as intervenções acertadas para o caso em concreto. Também, esta categoria esta impregnada de finalidades de avaliação diagnóstica e de intervenção terapêutica.

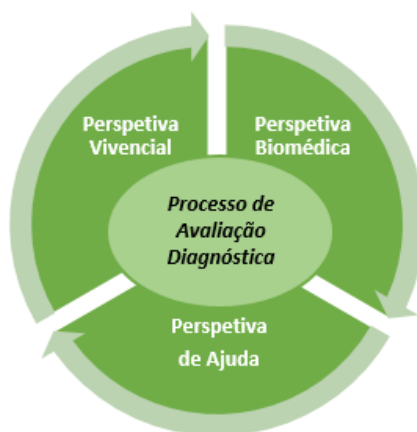
**Em síntese**, é notório nas categorias e subcategorias as finalidades diagnósticas e terapêuticas, embora num curto espaço de tempo de avaliação e ação. Mas, isto não é impeditivo de agir de acordo com as dimensões da pessoa (físicas, psicológicas, sociais, culturais e emocionais) como pudemos constatar. Por isso, independentemente do tempo que lhe é dado, do contexto de atuação e das circunstâncias, o enfermeiro cuida sempre do ser humano em prol do respeito pelo seu holismo, perfeitamente coerente e coincidente com os seus desígnios profissionais.

### **3.6.3    *Processo de Avaliação Diagnóstica - Setores de Primeira Abordagem: Perspetiva Global***

As características do *Processo de Avaliação Diagnóstica*, nos setores de primeira abordagem – Sala de triagem e Salas de emergência, mostram três perspetivas: **biomédica, de ajuda e vivencial**, descritas na Figura 11.



Figura 11 - Perspetivas percebidas no Processo de Avaliação Diagnóstica



O enfermeiro no primeiro patamar pesquisa se há risco de vida, percorrendo as três linhas de preocupação: avaliação do ponto de vista biomédico (no contexto de urgência os cuidados de saúde estão, ainda, muito direcionados para o modelo biomédico); preocupação em desenvolver estratégias e intervenções para a resolução dos problemas da pessoa (situação de indisposição súbita ou doença); perceber como a pessoa está a viver a situação. Estas perspetivas assumem prioridades distintas de pessoa para pessoa, caso a caso. Para além de serem três olhares distintos sobre o mesmo fenómeno, são na sua essência, um conjunto de pistas de áreas diferentes que permitem a melhor caracterização da situação. Assim, a perspetiva biomédica, conjugada com a vivencial e a de ajuda complementam-se para darem uma visão global sobre o problema da pessoa e reunir respostas.

Estas perspetivas variam ao longo do tempo, são perfeitamente mutáveis, coincidem no tempo e são indissociáveis. Assim, das descrições anteriores, quer em relação à consulta de triagem ou nas salas de emergência, emerge que o processo é de **natureza contínuo, sistemático e dinâmico**, dado não ser possível definir um momento para avaliação e outro para a intervenção.

O **primeiro patamar e a grande finalidade** do *Processo de Avaliação Diagnóstica* é perceber se a **pessoa está em risco de vida**. Para posteriormente, compreender quais as razões da vinda da pessoa ao SU, que problemas apresenta e como está a vivenciar esta situação. Por vezes, as razões da vinda não correspondem aos problemas que têm, isto acontece, porque nem sempre as pessoas conseguem ter capacidade para identificar os seus problemas de saúde.

## **B - Setores de Segunda Abordagem – Nível II: Balcões e Unidade de Observação**

Nos balcões e na unidade de observação são assistidas situações consideradas de *Nível II – Problemas expressos pela pessoa*. Pese embora, ambos os setores se dediquem aos problemas expressos pelas pessoas, ou seja, que não colocam em risco a vida no imediato, eles têm finalidades próprias. Dito de outro modo, os balcões pretendem saciar necessidades que as pessoas manifestam, como por exemplo, a cefaleia, a dispneia, a dor abdominal, os vómitos, etc. Já na unidade de observação a finalidade vai, para além, do controlo sintomático, serve para vigiar continuamente a pessoa e a situação clínica através de um período curto de internamento.

A unidade de observação o único setor na urgência onde as pessoas ficam internadas. Neste internamento implementam-se medidas, tratamentos ou procedimentos orientados para estabilizar a situação. Posteriormente, quando a pessoa reúne condições clínicas é transferida para um serviço, para se dar continuidade ao tratamento.

No sentido de clarificar, o *Processo de Avaliação Diagnóstica* que acontece nos balcões e na unidade de observação vamos proceder à sua classificação segundo o discurso dos participantes.

### **3.6.4 O Processo de Avaliação Diagnóstica nos Balcões**

Por certo, as pessoas quando são assistidas nos balcões já foram avaliadas e submetidas a intervenções pelo enfermeiro na triagem ou nas salas de emergência, como sejam, colheita de informação, avaliação de temperatura, avaliação de tensão arterial, etc. Este leque de acontecimentos anteriores (avaliações e intervenções) ficam registados no programa informático. Esta informação permite aos enfermeiros de balcões iniciarem uma construção mental acerca da pessoa que vão cuidar. Por outro lado, auxilia no abordar da pessoa para dirigir o refinar, purificar e aprimorar das informações anteriores. Este processo enriquece o conhecimento sobre a pessoa e a situação clínica. Ao mesmo tempo, organiza e orienta melhor as avaliações e intervenções terapêuticas.

O facto de reavaliar o que foi dito na triagem e nas salas de emergência conduz ao reproduzir das queixas da pessoa, verificar se houve agravamento e, ainda, descobrir factos novos. Tudo isto serve para garantir um cuidar com maior segurança e mais qualidade nos cuidados.

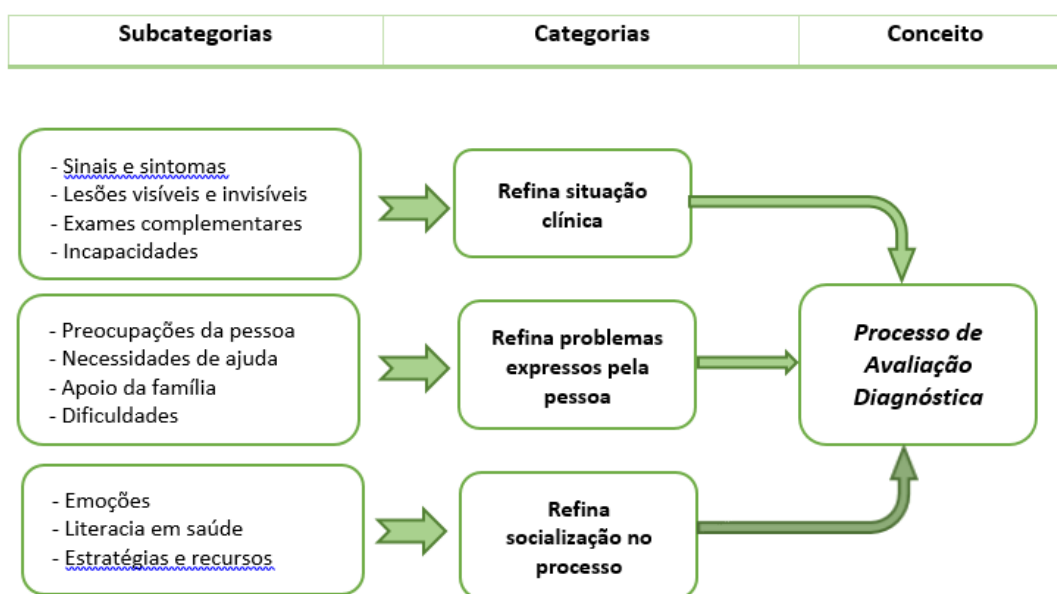
Os balcões são compostos por diferentes salas (sala de laranjas, amarelos, verdes/azuis, ortopedia, oftalmologia, etc.), preparados para responder aos diferentes problemas de saúde das pessoas. As pessoas nos balcões podem esperar por um atendimento programado, pois a sua vida não corre risco no imediato. Aqui são assistidas pessoas com situações clínicas de Nível

II - *Problemas expressos pela pessoa*, consideradas o segundo patamar de preocupação dos enfermeiros segundo as entrevistas.

Neste sentido, o conceito *Processo de Avaliação Diagnóstica* nos balcões orienta-se para intenções que emergem em três categorias: *Refina situação clínica*; *Refina problemas expressos pela pessoa*; *Refina socialização no processo* (Diagrama 3).

- *Refina situação clínica*;
- *Refina problemas expressos pela pessoa*;
- *Refina socialização no processo*.

Diagrama 3 - Categorização do Processo de Avaliação Diagnóstica nos balcões



A palavra usada – *Refinar* – para nomear cada categoria foi selecionada propositadamente para mostrar a finalidade primordial destes setores. São setores onde o enfermeiro está, continuamente, em alerta aos sinais emitidos pelas pessoas, reavaliando e reanalizando, e se necessário, faz uma retriagem da pessoa. Pois, a qualquer momento a situação clínica pode agravar, progredindo mesmo, para um cenário de Nível I.

De facto, nos balcões os enfermeiros têm a seu cargo um elevado número de pessoas com os mais diferentes problemas de saúde. Nesse âmbito desenvolvem intervenções autónomas e interdependentes; prestam cuidados de conforto, administram terapêutica, coadjuvam em procedimentos médicos, comunicam com a família, acompanham as pessoas a exames complementares de diagnóstico.

Os balcões de um serviço de urgência são ambientes *sui generis* segundo os participantes, em prol disso, usam estratégias para se sentirem mais seguros no desempenho diário, alinham macas para estarem no seu campo visual, diminuem o ruído na sala, etc. Para além disto, afirmam que o seu olhar é ótimo para poder inferir sobre o agravamento das queixas iniciais.

Neste seguimento, temos na **primeira categoria**, *Refina situação clínica*, onde o enfermeiro coloca em prática as subcategorias: *Sinais e sintomas*; *Lesões visíveis e invisíveis*; *Exames complementares*; *Incapacidade*.

Assim, a perícia clínica do enfermeiro e a sua atitude de disponibilidade concede-lhe detetar *sinais e sintomas*, perceber *lesões visíveis e invisíveis*, presentes em cada pessoa, que tem à sua responsabilidade.

Os participantes focam o olhar, o ouvido e o olfato como ferramentas essenciais à deteção de sinais de alerta e de agravamento. Por isso, observam comportamentos, cor da pele, tipo de gemido, fácies, posicionamento nas macas e escutam atentamente queixas das pessoas. Este conjunto de informações refinadas permite-lhes ter na sua posse sinais, sintomas, bem como, ver e detetar lesões visíveis e invisíveis.

Nos balcões, os enfermeiros, também, preparam, encaminham e esclarecem dúvidas às pessoas sobre os exames complementares de diagnóstico a realizar (análises clínicas, ecografias, TAC, RMN, etc.). Evidentemente, os exames servem para complementar informações sobre a situação clínica e auxiliam na construção da tomada de decisão.

De salientar que, as características da estrutura física dos balcões facilitam a visualização das pessoas por parte do enfermeiro. E ainda, promove a aproximação rápida sempre que necessário e o percecionar de *Incapacidades* (hemiplegias, hemiparesias, disartrias, dor à mobilização, etc.). Simultaneamente, este ambiente permite facilmente concretizar atitudes diagnósticas e terapêuticas, na medida em que apura incapacidades e implementa intervenções para otimizar a situação (e. g. fornece uma cadeira por verificar incapacidade em deambular, posiciona na maca). No entanto, por ser um espaço aberto têm vantagens e desvantagens. De facto, o enfermeiro desloca-se para junto da pessoa que precise de cuidados rapidamente, contudo, é difícil de manter a privacidade e o ambiente silencioso.

Em relação, à **segunda categoria**, *Refina problemas expressos pela pessoa*, o enfermeiro dirige-se à pessoa para compreender a vinda à urgência e compara com a informação da triagem. Este processo de purificar informação é muito importante para otimizar a compreensão acerca do que verdadeiramente a pessoa precisa em termos de cuidados. Obviamente, que o tempo que

medeia entre a consulta de triagem e o encontro com o enfermeiro possibilita à pessoa refletir sobre o que disse na triagem e acrescentar outros dados pertinentes.

Desta forma, operacionalizam-se as subcategorias que compõem a segunda categoria: *Preocupações da pessoa; Necessidades de ajuda; Apoio da família; Dificuldades*. Por certo, poderíamos ser levados a pensar que estamos a repetir o que foi dito ou questionado na triagem. Mas, é certo que os participantes assumem que as pessoas na triagem não contam tudo, por se esquecerem ou acreditam que essa informação não é importante. Por isto, é perfeitamente plausível que, sempre que haja tempo, o enfermeiro volte a questionar sobre as queixas da pessoa, que apoio familiar e quais as suas dificuldades. Às vezes, o que a pessoa precisa é apenas telefonar para informar que está no hospital ou contactar alguém para tomar conta de um animal de estimação. As preocupações das pessoas gravitam em torno de uma enormidade de razões, e da mais variada ordem, são singulares a cada um. No entanto, o enfermeiro deve estar atento para intervir com maior exatidão.

A **terceira categoria**, *Refina socialização no processo*, é composta por três subcategorias: *Emoções; Literacia em saúde; Estratégias e recursos*. O enfermeiro nos balcões contacta com a pessoa para: administração de terapêutica, avaliar sinais vitais, explicar exames complementares prescritos; dar informações, etc. Sob este prisma, os participantes manifestam o seu desalento, “impossível fazer mais”. O tempo é escasso mediante tantas pessoas e solicitações. Assim, nos discursos é mencionada a angústia vivida, nomeadamente, por não terem tempo em conceder cuidados de conforto, que consideram essenciais. E frisam que, quando há tempo aproveitam para aprofundar a relação de confiança e compreender como a pessoa está a viver esta circunstância de estar na urgência. Neste sentido, perguntam sobre que *Emoções* está a sentir e, ao mesmo tempo, desmistificam o medo, assegurando que todos os profissionais se estão a debruçar sobre o seu caso para resolvê-lo da melhor forma. Também, junto da pessoa tentam que essas emoções se desvançam, trazendo a família para perto, se possível. Naturalmente, esta categoria está mesclada de finalidades diagnósticas e terapêuticas, colhe dados e desenvolve intervenções para ir ao encontro das necessidades vivenciais.

Concomitantemente, a proximidade entre o enfermeiro e a pessoa é favorável para clarificar que conhecimentos a pessoa detém sobre saúde e acerca da situação clínica, espelha-se assim, a segunda subcategoria: *Literacia em saúde*. A literacia em saúde é crucial para uma participação esclarecida e um envolvimento ativo nos cuidados e nas decisões clínicas. Isto ajuda-a a compreender melhor a importância de determinadas medidas terapêuticas. Os participantes

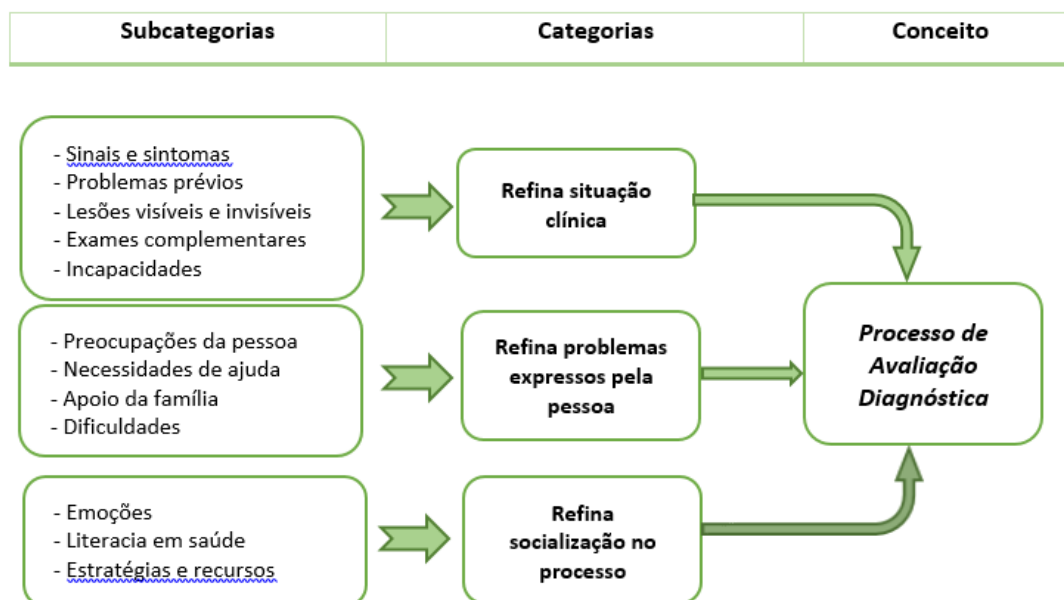
afirmam que, ainda, é evidente uma iliteracia da população sobre os cuidados de saúde e isto é visível na forma como as pessoas usam os serviços de urgência.

A terceira e última subcategoria: *Estratégias e Recursos*, pretende a identificação de estratégias e recursos que a pessoa usou antes de vir à urgência: se tomou medicação antes; recorreu ao médico de família ou a um enfermeiro, etc. A forma como a pessoa lida com a situação e a tenta resolver, também, mostra a vivência deste processo de transição e as estratégias individuais que dispõe para lhe fazer frente.

### 3.6.5 O Processo de Avaliação Diagnóstica na Unidade de Observação

Na unidade de observação pretende-se através de um internamento curto vigiar e tratar uma situação clínica até que a pessoa possa ter condições para a alta clínica ou para que a situação fique estável, de modo a haver condições para ser transferida para um serviço de internamento.

Diagrama 4 - Categorização do Processo de Avaliação Diagnóstica na unidade de observação



Dos dados resultou que o *Processo de Avaliação Diagnóstica* na unidade de observação é dirigido por três intenções que se assumem como categorias e cada uma delas com um conceito subjacente: *Refina situação clínica*; *Refina problemas expressos*; *Refina socialização no processo* (Diagrama 4)

- *Refina situação clínica*;
- *Refina problemas expressos pela pessoa*;

- *Refina socialização no processo.*

Por certo, quando olhamos para as categorias que emergiram dos discursos em relação aos balcões e unidade de observação, aparentemente, são idênticas. No entanto, têm personalidades próprias, os objetivos específicos de cada setor são bem distintos como passaremos a descrever.

Por isso, na **primeira categoria** temos *Refina situação clínica*, no balcão o enfermeiro pretende refinar sinais, sintomas, lesões visíveis e invisíveis, apoiar em exames complementares e verificar incapacidades. Na unidade de observação já é conhecida a situação clínica. Portanto, as subcategorias pretendem aprofundar conhecimento e compreensão sobre a situação clínica em concreto. Para tal, o enfermeiro vigia sinais e sintomas, lesões visíveis e invisíveis que possam indicar agravamento da situação e, que no limite, coloquem em risco a vida da pessoa. Estas subcategorias, no seu conjunto, unem-se para conseguir uma monitorização sistemática e contínua. Também, os exames complementares de diagnóstico servem para clarificar a gravidade da situação.

De facto, os participantes afirmam que a unidade de observação é o setor onde pensam ser mais seguro trabalhar, argumentando que ali todas as pessoas estão monitorizadas. E paralelamente, só têm à sua responsabilidade quatro ou cinco pessoas. Assim, consideram que estes dois pilares são essenciais para a segurança da pessoa de quem cuidam, e para si enquanto profissionais. Simultaneamente, realçam que na unidade de observação dispõem de tempo para corresponderem às exigências da pessoa e família, o que os deixa com enorme sentimento de realização profissional.

A **segunda categoria**, *Refina problemas expressos pela pessoa*, vinculada à unidade de observação tem carácter próprio. Dado que, até a pessoa ser internada já passou por uma série de vivências e circunstâncias que, de algum modo, alteraram as suas preocupações, as necessidades de ajuda e as dificuldades que tinha ou sentia. Por estas razões, a função do enfermeiro é mesmo isso, atualizar e refinar as subcategorias que compõem esta categoria e, evidentemente, adequar as intervenções aos novos dados e factos com que se depara.

Os enfermeiros focam que durante a estadia na unidade de observação as pessoas têm preocupações múltiplas - *Preocupações da pessoa*. Pese embora, as mais percecionadas são: a ausência da família, as faltas ao trabalho e o medo pelo futuro arreigado à situação de doença – *Dificuldades e Necessidades de ajuda*. Relativamente, à família os enfermeiros dizem que essa presença é crucial, no acompanhar da pessoa na situação clínica – *Apoio da família*, dizem que

logo que haja segurança clínica, procuram a família para transmitir informações e para a trazerem para perto da pessoa.

Em relação à **terceira categoria**, *Refinar socialização do processo*, esta está intimamente ligada à anterior, pois é o compreender que *Emoções* estão a emergir e implementar as intervenções adequadas a cada emoção.

Por outro lado, temos a *Literacia em saúde*, o enfermeiro percebe o que a pessoa sabe sobre a sua situação clínica e qual a sua visão sobre os cuidados de saúde. Simultaneamente, faz ensinamentos sobre aspetos que considera essenciais, assim, verificam-se componentes diagnósticos e terapêuticos. Na medida em que identifica e implementa intervenções para resolver os problemas identificados.

Esta relação de proximidade que é possível na unidade de observação facilita o processo de compreensão do enfermeiro em relação às *Estratégias e recursos*, que a pessoa dispõe para o processo de transição. Também, a conversa entre ambos traz à tona quais as *Expetativas do serviço*, em relação ao internamento, às soluções para o processo de saúde-doença e ao futuro próximo. Os enfermeiros afirmam que a população acredita que o serviço de urgência dá solução a todos os problemas e, isso fica também, evidente no número de casos sociais que, infelizmente, recorrem à urgência.

### **3.6.6 O Processo de Avaliação Diagnóstica: Perspetiva Global**

O *Processo de Avaliação Diagnóstica* descrito acima, está de acordo com a classificação dos participantes, quer em relação às situações clínicas, quer em relação aos setores de atendimento. Ou seja, situações de **Nível I - Risco de Vida** e situações de **Nível II - Problemas expressos pela pessoa**. Evidentemente, enquadradas nos setores de primeira abordagem (Triagem e Salas de emergência) e setores de segunda abordagem (Balcões e Unidades de Observação), respetivamente.

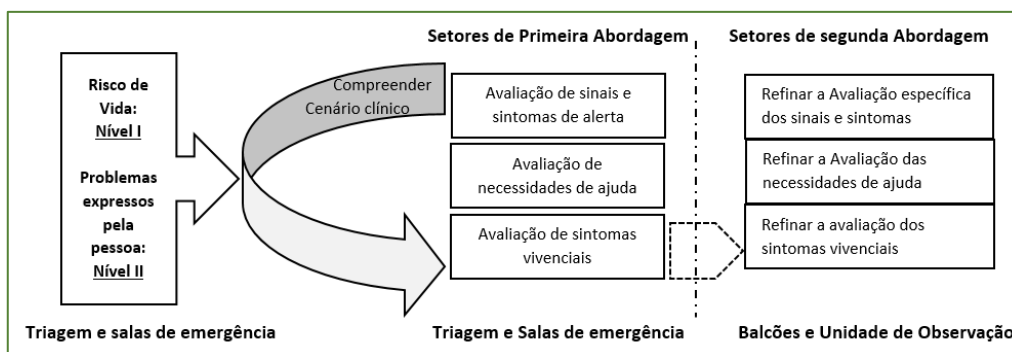
Nesta altura, é fundamental assumir que concluímos que a *Avaliação Diagnóstica* desenvolvida pelos enfermeiros se orienta para um propósito global, independentemente, da situação clínica e do setor em questão, que é: **apurar e refinar informações relevantes** de forma sistemática e contínua. Para se planearem e, ao mesmo tempo, implementarem intervenções terapêuticas de enfermagem em prol do **bem-estar e saúde das pessoas e sua família**.



Esta avaliação está sediada nas três perspetivas: **biomédica, de ajuda e vivencial** (Figura 12). De qualquer modo, é compreensível que mediante o setor onde o enfermeiro esteja a desenvolver funções possam existir *nuances* que caracterizam aquele contexto e, por sua vez, definem as características particulares da *Avaliação Diagnóstica*. Por isso, vejamos essas particularidades de cada contexto:

- I. Na **Triagem**, a *Avaliação Diagnóstica* pretende como primeiro patamar definir se a situação clínica é de Nível I ou Nível II e estabelecer uma prioridade, isto é específico deste setor. Outro aspeto, é que na triagem o objetivo não é definir rótulos (diagnósticos), mas sim, encaminhar para promover um atendimento adequado à situação em presença.
- II. Nas **Salas de emergência**, a *Avaliação Diagnóstica* pretende apurar dados para desenvolver intervenções que assegurem a vida da pessoa, sem ou com o mínimo, de sequelas. Para isso, é importante estabelecer um diagnóstico perante a situação clínica, no sentido de poder dirigir melhor e com maior exatidão as intervenções.
- III. Nos **Balcões**, a *Avaliação Diagnóstica* dos enfermeiros orienta-se para controlar sintomatologia, identificar um diagnóstico, compreender os problemas que trouxeram a pessoa à urgência, entender emoções e dificuldades. Como ainda, preparar para a alta ou para o internamento sempre que necessário. Estas finalidades são muito semelhantes às das salas de emergência. No entanto, nos balcões o atendimento é para situações de Nível II e nas salas de emergência é para situações de Nível I.
- IV. Na **Unidade de Observação**, a *Avaliação Diagnóstica* dos enfermeiros está focada em vigiar, controlar e tratar uma dada situação clínica que está diagnosticada, implementar as intervenções inerentes. Estes casos, internados na Unidade de Observação podem ter três razões: uma agudização numa doença crónica; por ter surgido um problema súbito de doença e; por um traumatismo que exige vigilância e monitorização contínua durante algumas horas.

Figura 12 – Processo de Avaliação Diagnóstica: Perspetiva Global



Ao olhar a *Avaliação Diagnóstica* como um todo, e tal como foi categorizado a partir dos dados resultantes das entrevistas e da observação participante, pensamos que seja oportuno destacar alguns aspetos essenciais:

- O **primeiro foco** dos enfermeiros é **apurar se há risco de vida** para a pessoa e, só depois é que se passa para o **segundo foco**, que são as **preocupações, emoções e dificuldades** da pessoa;
- A recolha de informação e a prestação de cuidados acontecem em simultâneo;
- Existe dinamismo e diacronia do processo;
- Existe avaliação e reavaliação sistemática do processo;
- É visível a compreensão de várias dimensões da pessoa: contexto biomédico; o contexto individual; contexto sociofamiliar.

A *Avaliação Diagnóstica* segundo Lopes (1999: 181) consiste “na *avaliação/reavaliação da situação do doente/família, na conjugação variável das perspetivas vivencial, biomédica, e de ajuda, feita de modo contínuo, sistemático, dinâmico e integrado nos cuidados.*”

Nestes resultados, ressalta que os propósitos da *Avaliação Diagnóstica* dos enfermeiros do serviço de urgência coincidem com o estudo de Lopes (1999). No entanto, os propósitos são priorizados e valorizados de forma diferente em relação ao tempo e em relação aos diferentes setores do serviço. Dito de outro modo, neste estudo o propósito biomédico aparece em primeiro lugar, de seguida a identificação de necessidades e, posteriormente, a socialização no processo de transição. Porém, interligadas e intrincados entre si, não existindo na prática linhas de separação concretas entre elas. Possivelmente, esta evolução acontece de forma diferente por não existir uma situação clínica ou problemas identificados e, porque o tempo disponível para a *Avaliação Diagnóstica* na triagem e nas salas de emergência é particularmente curto. Pois, é fundamental garantir rapidamente que a pessoa não está em risco de vida e, somente na fase seguinte, é que existe preocupação pelos problemas expressos pela pessoa e/ou família e as suas emoções. De salientar que, o foco principal é a pessoa, depois a família, sem dúvida, mas num foco intermédio.

Realmente, as perspetivas biomédica, de ajuda e vivencial são articuladas em função do tipo de cenário clínico. É a situação clínica da pessoa que determina qual ou quais os vetores de avaliação de maior importância. Assim, estas perspetivas, para além de serem três olhares diferentes sobre um determinado fenómeno, em que a perspetiva biomédica é contextualizada na vivencial e vice-versa e, por sua vez, a perspetiva de ajuda é contextualizada nas duas

anteriores. É uma conjugação em que, uma ou outra das perspetivas, poderá ou não ganhar maior preponderância num dado momento, naquele contexto, mas em completa dependência.

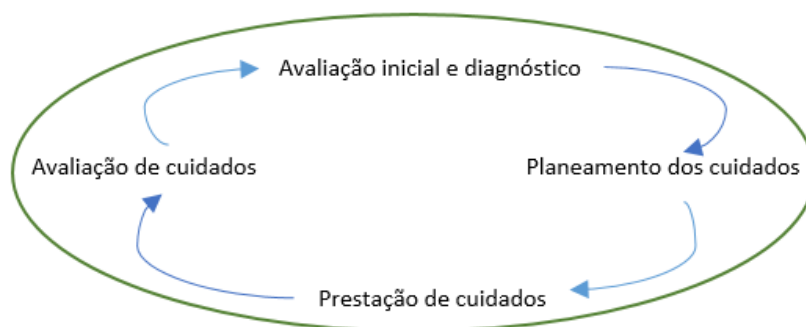
A *Avaliação Diagnóstica*, como já dissemos é contínua, sistemática e dinâmica. Isto é, após o primeiro contacto do enfermeiro com a pessoa não se pode dizer que exista um momento específico dedicado à avaliação e outro à intervenção.

A avaliação faz-se sistematicamente, isto permite um aprofundamento do conhecimento e uma sistemática reavaliação da situação. Assim, a *Avaliação Diagnóstica* é sobreponível com a *Intervenção Terapêutica de Enfermagem*, onde a avaliação está dissolvida e subjacente na ação dos enfermeiros.

Ao optarmos pelo conceito *Processo de Avaliação Diagnóstica*, é importante clarificar as razões que nos levaram a este caminho e compará-las com a literatura existente sobre este tema. Visto que, este conceito não é novo e tem sido usado por alguns autores (Lopes, 1999, 2006; Sapeta, 2011). Naturalmente, encontramos alguns aspetos comuns neste trabalho de investigação com os mencionados.

No trabalho de Lopes (2006), ficou evidente que o *Processo de Avaliação Diagnóstica* está intimamente relacionado com o Processo de Enfermagem descrito por Orlando (1961). A autora descreve no contexto da relação enfermeiro/doente três elementos básicos: o comportamento do doente; a reação da enfermeira; e as ações da enfermeira em prol do doente. Este mecanismo constitui o "processo de enfermagem". Este conceito foi maturado e, mais tarde, percebeu-se que este processo era explicado através da teoria geral dos sistemas de Von Bertalanffy. Dito de outro modo, o processo de enfermagem era um sistema constituído por diversos subsistemas, os quais seriam os seus diversos componentes ou fases (Figura 13).

Figura 13 - O modelo do processo de enfermagem baseado na Teoria Geral dos Sistemas



Fonte: Mason & Attree (1997)

De facto, tem havido uma preocupação em desenvolver trabalhos para a compreensão teoria e prática do processo de enfermagem. Ele tem sido usado essencialmente como um instrumento para a prática dos cuidados, contudo, ou pelas suas características ou pela forma como foi implementado tem sido difícil ser aceite na prática dos cuidados (MacFarlane, 1976, 1977; Mason & Attree, 1997).

Também em Portugal, se verificou esta dificuldade de aceitação e implementação, assume Mendonça (2009) num trabalho desenvolvido sobre competências profissionais dos enfermeiros. Daí, tem havido algumas controvérsias em relação ao processo de enfermagem, caracterizando-o como, reducionista, dedutivista, burocrático e, ainda de criar uma barreira entre o enfermeiro e o doente (McHugh, 1986; Hagey & McDonough, 1984, Barnum, 1987, Henderson, 1987, Fonteyn & Cooper, 1994).

É nesta preocupação de clarificar e compreender os componentes da prática de enfermagem e dos componentes do processo de enfermagem que se desenvolveu este trabalho num contexto de serviço de urgência.

Também, Benner (1984) produziu uma crítica de natureza um pouco diferente ao processo de enfermagem, realçando nomeadamente, que o mesmo pode reprimir a criatividade, o raciocínio intuitivo e o desenvolvimento de comportamentos de perícia. Também, Field (1987) e Fonteyn & Cooper (1994), assinalaram que é menos provável que os enfermeiros peritos usem o processo de enfermagem como um sistema completo. Pois baseiam-se mais na intuição e/ou nos julgamentos clínicos alicerçados na experiência.

Neste seguimento, apareceu Meleis (1987, 1991, 1997), a afirmar que o Processo de Enfermagem é um conceito fundamental ao domínio de enfermagem. Esta assunção veio atribuir-lhe centralidade na enfermagem e uma elevada importância, conduzindo ao desenvolvimento de trabalhos e investigação nesta matéria (NANDA, 1980; Gordon, 1987; Carpenito, 1991; Sorensen & Luckmann, 1998).

Posteriormente, o Conselho Internacional das Enfermeiras (International Council of Nursing - ICN), desenvolveu uma taxionomia diagnostica, a CIPE (2000), Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Esta taxionomia pretende ser uma classificação de fenómenos, ações e resultados de enfermagem que descrevam a prática para uniformizar a linguagem e os cuidados. São múltiplos os projetos que têm sido levados a cabo em diversos países com base nesta taxionomia. Em Portugal, também foi adotada a CIPE e usada em diferentes contextos.

Neste sentido, como se pode compreender o *Processo de Avaliação diagnóstica*? De acordo com os dados deste trabalho concluímos que é, sem dúvida, o caminho que os enfermeiros

percorrem para entenderem a situação das pessoas de quem cuidam, na conjugação das perspetivas, vivencial, biomédica, e de ajuda, para prestarem os cuidados adequados. Ou seja, é um processo de raciocínio clínico usado pelos enfermeiros para atenderem pessoas em risco de vida, ou que simplesmente vêm por um problema de saúde que expressam e sentem, este processo acontece de forma contínua e sistemática.

Assim, este conceito *Processo de Avaliação diagnóstica* neste trabalho de investigação é um elemento de um processo mais amplo que será o processo de cuidados ou processo de enfermagem. Sendo que, o *Processo de Avaliação Diagnóstica*, compreende claramente uma componente diagnóstica. No entanto, os dados mostram que não se pode dizer que esta componente diagnóstica seja conduzida sempre de modo absolutamente consciente e, no sentido de atribuir um rótulo, um diagnóstico a uma determinada situação.

Neste contexto de serviço de urgência, o que realmente importa é contribuir para a construção de uma ação que resolva os problemas da pessoa. Indo ao encontro da proposta de Benner (2001), quando descreve o modo de agir das enfermeiras peritas, "a perita, que tem uma enorme experiência, compreende, (...) de maneira intuitiva cada situação e apreende directamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e diagnósticos estéreis" (Benner, 2001: 58). Isto ficou bem claro nos nossos dados, em que os participantes eram peritos, a análise mostrou uma certa capacidade de apreensão gestáltica que os enfermeiros detêm e que os leva a dirigirem-se a uma pessoa e não a outra, de fazerem uma determinada pergunta e não outra qualquer, como eles mesmos afirmam "*são luzinhas que se acendem na nossa cabeça*".

Relativamente, ao rótulo diagnóstico usado pelas várias taxionomias vigentes, ele não é considerado crucial pelos participantes, a sua preocupação inicial, não é o rótulo, mas sim, agir de acordo com a necessidade/problema existente. Esta avaliação engloba os elementos da tripla perspetiva que os enfermeiros usam ao olhar para a situação (vivencial, biomédica e de ajuda). Isto é, claramente visível nas interações que os enfermeiros trocam entre si, nomeadamente, na passagem de turno, ou até mesmo nas interações com a família quando são questionados acerca dos problemas da pessoa.

De salientar, o que afirma Lopes (2006) recorrendo à perspetiva de Benner, que *Processo de Avaliação Diagnóstica* é um instrumento imbuído na ação e dificilmente destrinchável da mesma, não existe separação entre um momento de avaliação diagnóstica e o da intervenção, de tal modo, que se torna difícil perceber onde começa e acaba.

À primeira vista, poderia ficar patente que estamos a afirmar que o processo de enfermagem não se está a aplicar nos contextos, mas é bem o contrário, estamos em consonância com o pensamento de Meleis (1991, 1997), Benner (2001), Chenitz & Swanson (1984) e Lopes (2006) que o processo de enfermagem é, em primeira análise, o processo de raciocínio clínico do enfermeiro imerso num determinado contexto com características específicas. Daí, pensarmos que merece ser investigado, deslindando não só as características do processo, mas também, as características do diagnóstico propriamente dito, tal como afirma Chenitz & Swanson (1984), "trazendo à superfície o processo de enfermagem". Este esforço consiste basicamente no desenvolver de um trabalho indutivo que permita identificar sistematicamente, descrever e analisar a dimensão processual de enfermagem inerente e enraizada na prática quotidiana.

Por fim, de salientar que este trabalho pretende compreender a natureza do processo de raciocínio clínico dos enfermeiros no serviço de urgência. Portanto, ele está imbuído em características diagnósticas e, ao mesmo tempo terapêuticas. Logo, a descrição exata do *Processo de Avaliação Diagnóstica* é fundamental para a compreensão do "*Processo de Raciocínio Clínico*".

A propósito pudemos recorrer ao conceito de processo de enfermagem de Orlando (1961), quando diz que é o comportamento do doente, a reação da enfermeira e as ações da enfermeira. Isto, é de facto, o que realmente importa na compreensão do raciocínio clínico do enfermeiro no serviço de urgência, ou seja, compreender como o enfermeiro pensa e age perante a situação clínica da pessoa. Este conceito mostra-nos tudo aquilo que conjugamos sobre o raciocínio clínico, desde a avaliação e análise da pessoa/situação e as intervenções implementadas em prol da pessoa e da situação.

Neste sentido, concretamente e de forma sintética, dos nossos dados emergiu o conceito de *Avaliação Diagnóstica*, que é a apreciação feita pelo enfermeiro sobre a situação clínica da pessoa. Resulta da aplicação de um conjunto de instrumentos e estratégias usadas para apurar dados que permitem estabelecer prioridades e implementar intervenções de enfermagem adequadas à situação. Esta avaliação é construída através da interpretação e análise de todos os dados obtidos, quer sejam instantâneos, objetivos ou subjetivos. A avaliação diagnóstica tem três propósitos: biomédico, de ajuda e vivencial. O primeiro propósito pretende distinguir se é uma situação clínica de risco de vida ou sem risco de vida no imediato. De seguida a preocupação do enfermeiro está nos problemas expressos pela pessoa e perceber como a pessoa está a lidar com a situação em causa.

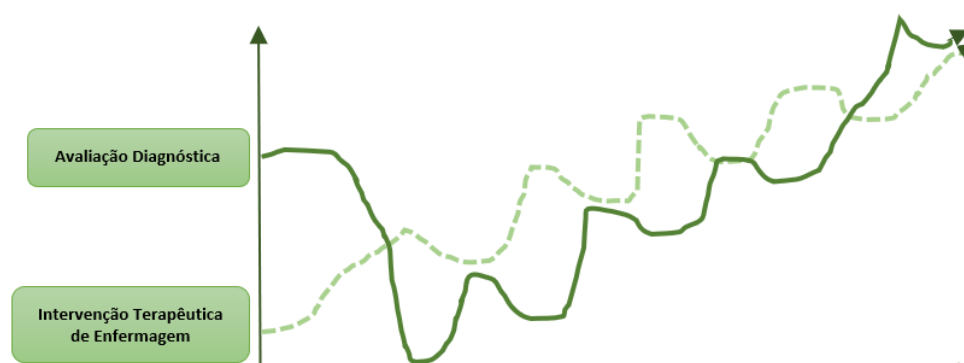
O enfermeiro pretende através desta *Avaliação Diagnóstica* construir um leque de intervenções que possam responder às três perspetivas. As características profissionais e pessoais do enfermeiro, bem como, as características do contexto de ação interferem na forma como é feita a *Avaliação Diagnóstica*. Esta é sistemática, dinâmica e contínua na medida que tem uma intencionalidade clara, possui objetivos concretos, ela está permanentemente a ser alimentada com novas informações e, é contínua por ter início a partir do momento que o enfermeiro sabe da existência da pessoa. O *Processo de Avaliação Diagnóstica* é a primeira pedra para se dar início ao *Processo de Raciocínio Clínico* dos enfermeiros no serviço de urgência.

### 3.7 A NATUREZA DO PROCESSO DE INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA DE ENFERMAGEM

Na caracterização do *Processo de Intervenção Terapêutica de Enfermagem*, vamos apresentar o constructo resultante das entrevistas e das observações. Para isso, salientamos as semelhanças e diferenças existentes nos vários momentos e nos setores do serviço de urgência. No fim procederemos à identificação das características relevantes da *Intervenção Terapêutica de Enfermagem* e a sua evolução ao longo do *Processo de Raciocínio Clínico*.

O *Processo de Intervenção Terapêutica Enfermagem* é o conjunto múltiplas as ações personalizadas do enfermeiro junto da pessoa e/ou família, em prol do seu bem-estar. Neste sentido, se tivermos como referência uma perspetiva linear da ação do enfermeiro era pressuposto que a mesma ocorresse de seguida ao *Processo de Avaliação Diagnóstica*. No entanto, como verificamos pelas características do processo mencionadas anteriormente, de facto, verifica-se que existe uma sobreposição no tempo entre a ocorrência da avaliação diagnóstica e da intervenção (Figura 14).

Figura 14 - Processo de Avaliação Diagnóstica versus Processo de Intervenção Terapêutica de Enfermagem, no evoluir do tempo



Na figura podemos ver a simultaneidade e continuidade da *Avaliação Diagnóstica* e da *Intervenção Terapêutica* e, ainda, perceber que o processo timoneiro é a *Avaliação Diagnóstica*. Assim, dizemos que o *Processo de Intervenção Terapêutica de Enfermagem* inicia-se, também, no ato de triar, momento do primeiro encontro do enfermeiro com a pessoa e perpétua-se no tempo até ao fim da relação entre ambos.

O início da intervenção é tão discreto que é difícil estabelecer com precisão quando é que as ações do enfermeiro são de carácter interventivo. No entanto, através de uma análise refletida conseguimos reconhecer nas entrevistas e na observação elementos que mostram que o enfermeiro está a dar início a um processo diferente, mas em simultâneo com a avaliação.

### **3.7.1 O Processo de Intervenção Terapêutica de Enfermagem na sala de triagem**

Por ser um constructo de carácter evolutivo começamos por caracterizá-lo face aos dados recolhidos na triagem. Tendo como primeiro elemento um conceito prioritário: *Gestão do Risco de Vida* e, imediatamente a seguir mais dois: *Gestão do tempo* e *Gestão da informação* e, posteriormente, os outros conceitos: *Promoção do conforto*; *Promoção da confiança*; *Gestão de emoções*. Os seis conceitos, no conjunto, são eixos estruturantes na intervenção do enfermeiro para a consulta de triagem.

É certo que a *Gestão do Risco de Vida* é prioritário, tal como o próprio nome indica ele está relacionado com a proteção da vida e, nada poderá assumir maior valor, que garantir que a vida da pessoa não sofra danos.

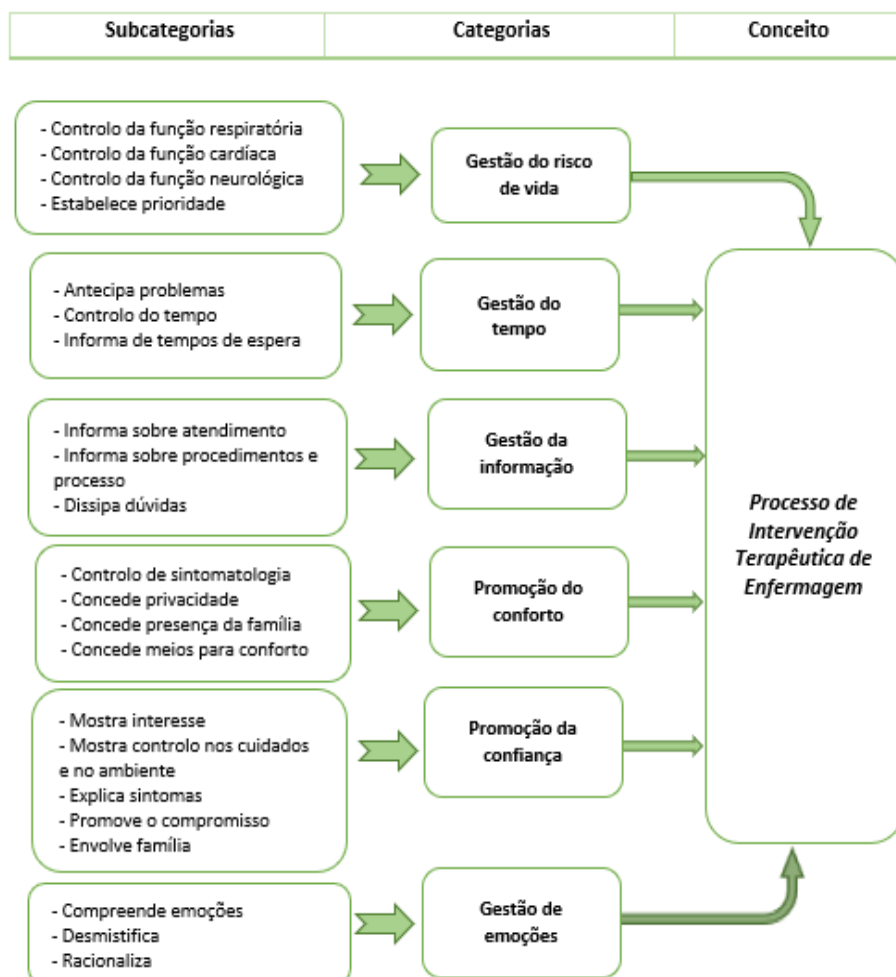
A *Gestão do tempo* e a *Gestão da informação*, coadjuvam-se para a concretização de uma intervenção terapêutica rápida. Ou seja, a informação deve ser colhida de forma célere otimizando o conhecimento sobre a situação e as queixas da pessoa. Assim, de imediato o enfermeiro constroi um plano terapêutico que dê resposta às necessidades da pessoa. Minimizando o tempo dispendido e, consequentemente, prevenindo riscos clínicos.

De qualquer modo, em torno da gestão do risco de vida, do tempo e da informação, acontecem simultaneamente, intervenções de promoção do conforto, da confiança e de compreensão das emoções. O que é evidente através dos dados onde se verifica complementaridade e o entrecruzar das diferentes categorias no exercício diário. Sendo mesmo, difícil identificar intervenções específicas de cada eixo, visto que elas ocorrem num mecanismo de vaivém. Este exercício desenrola-se em torno do objetivo traçado no ato de triar (atribuir uma prioridade clínica).



De salientar que, em alguns momentos e circunstâncias, as categorias ganham preponderância maior ou menor na ação, consoante a resposta que a pessoa/situação clínica vai dando mediante as intervenções. No Diagrama 5 pudemos ver a classificação do *Processo de Intervenção Terapêutica de Enfermagem* na consulta de triagem.

Diagrama 5 – Categorização do *Processo de Intervenção Terapêutica de Enfermagem* na consulta de triagem



A **primeira categoria**, *Gestão do Risco de Vida* é prioritária e central, visto que o pensamento e as ações do enfermeiro se estruturam, em primeiro lugar, em prol desta categoria. E só depois, de concluir que a pessoa está fora de perigo, é que avança para o segundo nível de avaliação e intervenção. Ou seja, concentrar-se nas razões que a pessoa menciona para vir ao serviço de urgência.

Neste sentido, o enfermeiro colhe dados e informações donde emergem sinais e pistas clínicas fidedignas que lhe confirmem ou não que existe risco de vida. De seguida, implementa algumas

intervenções que resolvem problemas, como verificar: se existe obstrução da via aérea; ver características da função respiratória; ver se há hemorragias, etc.

A categoria *Gestão do Risco de Vida*, está fundada em quatro subcategorias que resultaram da análise dos dados: *Controlo da função respiratória*; *Controlo da função cardíaca*; *Controlo da função neurológica*; *Estabelece prioridades*.

Na subcategoria *Controlo da função respiratória*, os enfermeiros afirmam que logo que vêm a pessoa entrar na sala de triagem começam a avaliar se ela respira, como respira e, se precisa de coadjuvantes para respirar (máscara de oxigénio, tubo de *Guedel*). Para isso, usam olhar (cor da pele, movimentos da caixa torácica, etc.); o ouvido (ruídos respiratórios) e escutam as queixas da pessoa. Concomitantemente, colocam o oxímetro para monitorizar valores de saturação periférica e verificar o pulso. A multiplicidade de dados que obtém nestes primeiros segundos estruturam o seu pensamento acerca da função respiratória e fazem desencadear a ação para o problema em presença.

Relativamente, à avaliação e intervenção na função respiratória, os enfermeiros dizem que se podem deparar com um dos dois níveis: a pessoa não respira ou a função respiratória está comprometida em alto grau (Nível I); a pessoa apresenta alterações da função respiratória (Nível II).

No primeiro caso, o enfermeiro leva-a para a sala de emergência onde são implementadas medidas, como sejam, a reanimação respiratória, a oxigenoterapia, a administração de terapêutica, etc.

No segundo caso, se a pessoa apenas apresenta alterações da função respiratória, o enfermeiro começa de imediato a desenvolver na triagem manobras que possam melhorar a função. A título de exemplo, posicioná-la na maca ou pedir para se sentar numa cadeira de rodas para evitar agravamento do cansaço e da dificuldade respiratória. Muitas vezes, essas medidas implementadas na triagem são suficientes para aliviar a sintomatologia e ser seguro encaminhar para a área da urgência dedicada às pessoas com problemas respiratórios (setor de segunda abordagem).

Na segunda subcategoria, *Controlo da função cardíaca*, o enfermeiro palpa pulso manualmente, coloca o oxímetro e ouve as queixas da pessoa. Estas ações, segundo opinião dos participantes, permitem identificar as características do pulso, em termos de presença, de ritmo e de preenchimento, concluindo se é uma situação de Nível I ou de Nível II. Relativamente, a esta subcategoria os enfermeiros salientam nos discursos que a palpação do pulso, também, informa sobre a temperatura da pele e, ainda, dá início ao toque terapêutico. Assim, estamos perante

finalidades diagnósticas e terapêuticas. Na medida em que se avalia pulso e, ao mesmo tempo, se promove o toque dando início a relação enfermeiro/pessoa.

Na terceira subcategoria *Controlo da função neurológica*, o enfermeiro tenta entender se a pessoa está consciente, orientada ou confusa, e qual a evolução das alterações que apresenta. Este aspeto é de suma importância para clarificar qual o nível de preocupação, quais as medidas necessárias e o grau de vigilância que aquela pessoa precisa (deitar numa maca, telefonar ao colega para alertar para a situação, promover o acompanhamento da família, garantir uma vigilância constante, etc.). Estas estratégias foram amplamente observadas e mencionadas nos discursos dos enfermeiros.

Posteriormente, emerge naturalmente a quarta subcategoria, *Estabelece Prioridade*, dado que a avaliação e intervenções efetuadas vão iluminando a construção mental sobre qual a prioridade clínica a atribuir àquela situação.

As três subcategorias anteriores são formas de avaliação e intervenção estruturada e rápida e levam à possibilidade de inferir, se a pessoa está numa situação clínica de Nível I ou Nível II e encaminhar de acordo com as necessidades e o protocolo instituído.

De facto, o processo de triagem deve acontecer de forma quase instantânea para limitar os riscos de danos para a saúde da pessoa. Face a isto, é mandatário valorizar o tempo em que se desenvolvem as ações. Naturalmente, o valor *Tempo* neste estudo apareceu insistentemente nos discursos dos enfermeiros, sendo descrito como estar permanentemente vinculado ao seu pensar e agir, por isso, tornou-se uma **categoria - Gestão do tempo**.

Por outro lado, o tempo foi considerado como um inimigo dos enfermeiros, “não temos tempo para tudo”, “tudo acontece rápido”, “se não fizeste naquele momento, podes nunca mais lá chegar”. A acrescentar a isto, temos outro aspeto interessante, o de ele ter sido descrito como tendo polaridades, ou seja, enfermeiros persistentemente, adjetivam o tempo em extremos completamente opostos: “pouco tempo”, “muito tempo”. Isto passa a imagem de que o serviço de urgência é como uma *montanha russa*, numa sensação de exercício profissional quase vertiginosa.

É notória a preocupação pelo tempo e as estratégias que são usadas para rentabilizá-lo. Portanto, ficamos em presença da segunda categoria, *Gestão do Tempo*. Os participantes atribuem-lhe as seguintes finalidades que se organizam em forma de subcategorias: *Antecipa problemas; Controlo do tempo; Informa sobre tempos*. As duas primeiras diretamente relacionadas com o seu exercício profissional, conduzidas em prol do cumprimento do seu

dever. A terceira na relação com a pessoa, informando-a sobre quais as expectativas em relação aos tempos na urgência.

Na primeira subcategoria *Antecipar Problemas*, o enfermeiro usa capacidade e perícia profissional para perceber precocemente pistas no corpo visível e invisível, para limitar e prevenir problemas e complicações. Tal como pudemos ver na E9\_PA\_20160313, “...acho que é uma base fulcral para evitar complicações é antecipar, eu acho que o máximo aqui na urgência é antecipar, a gestão de prioridades e antecipar complicações.”

A subcategoria *Controlo do Tempo*, é caracterizadora do desempenho profissional dos enfermeiros no serviço de urgência, pois as necessidades imediatas das pessoas, as múltiplas solicitações e exigências, remetem todos os enfermeiros para uma gestão criteriosa do fator tempo. O tempo é precioso, como é dito muitas vezes nos discursos, visto que o seu uso adequado permite responder com maior eficácia e celeridade, protegendo assim, o bem-estar futuro das pessoas. De notar que, uma falha de poucos segundos ou minutos pode trazer sequelas graves em termos de saúde para a pessoa que está sob cuidados. Por isso, na triagem os enfermeiros referem que é um objetivo *major* usar o tempo estritamente necessário àquela avaliação ou ação. Assim, ficam com *plafound* positivo para usar em prol de necessidades realmente urgentes da pessoa. Sob este prisma, o seu exercício profissional concorre para níveis de cuidados de excelência. Concomitantemente, é afirmado que este controlo do tempo é fortalecido através da experiência profissional.

Como terceira subcategoria temos *Informa sobre tempos*, que é iniciado logo na triagem. O enfermeiro aproveita o primeiro momento de relação direta com a pessoa para o informar, esclarecer dúvidas sobre o nível de prioridade e os tempos de espera para atendimento no devido setor. Paralelamente, após o ato de triar mostra-se sempre disponível para a pessoa poder voltar se tiver necessidade, e referem que isto faz com que as pessoas se sintam precocemente cuidadas. De facto, estas intervenções são importantíssimas para diminuir o *stress* da pessoa em relação ao atendimento e, por sua vez, diminuir conflitos com enfermeiros e outros profissionais em relação aos tempos de espera. Com se pode ver nos enxertos.

“...o enfermeiro da triagem continua a ter um papel muito importante, tem aqueles 3 minutos, mas aqueles 3 minutos são fundamentais e, até mesmo para deixar o doente tranquilo na sala de espera, segundo se houver um agravamento o doente recorre novamente a mim e...”  
E11\_GA\_20160313

“L- É importante estar informado e ver que se preocupam com ele, pois, alguém que cumpre compromissos, alguém que informa, alguém que tem iniciativa de perguntar “o que se passa”.  
E3\_LI\_20160302

A **categoria a Gestão da Informação** é igualmente essencial à *Intervenção Terapêutica de Enfermagem*, pois é através dela que o enfermeiro se documenta para decidir e estruturar as intervenções a colocar em prática. Como ainda, decidir se a pessoa está num cenário clínico de *Risco de Vida - Nível I*, ou se pelo contrário, a sua preocupação deve estar nos *Problemas expressos pela pessoa – Nível II*. Esta informação aumenta em amplitude e profundidade à medida que o tempo evolui, visto que o enfermeiro tem interesse permanente e progressivo em conhecer a pessoa e a sua situação. Elas resultam de múltiplas fontes, como sejam, o *olhar clínico*<sup>5</sup>, o toque (mãos do enfermeiro), escutar de sons e palavras (ouvido do enfermeiro), o olfato (cheiros característicos), os dispositivos clínicos, etc., como está amplamente referido nos discursos. Os dados são submetidos a um processamento por parte do enfermeiro, em que separa informação relevante, de informação acessória. A capacidade de discernir que informação é relevante resulta da experiência profissional (E8\_GI\_20160313).

“G - Eu acho que é na observação, pois nós já vimos tanta coisa. Penso que tem a ver com a experiência, com a observação e termos visto muita coisa. Há pequenos sinais que nem nos apercebemos, mas que nos dá essa informação e não é que nós sejamos adivinhos, há qualquer coisa, há pequenos sinais que nós nos apercebemos que aquilo vai acontecer. Um enfermeiro de urgência tem isso e nós vemos muito isso.” E8\_GI\_20160313

A categoria *Gestão de informação*, está elencada em três subcategorias: *Informa sobre atendimento*; *Informa sobre procedimentos e processo* e; *Dissipa dúvidas*. Elas, em conjunto contribuem para transmitir e elucidar sobre as atitudes dos profissionais de saúde, funcionamento do serviço e orientações da instituição. Estes conteúdos têm três finalidades: a pessoa estar informada sobre os acontecimentos; poder dar o seu consentimento informado; promover a relação de confiança da pessoa nos enfermeiros. Obviamente, a comunicação é sempre uma ferramenta de largo valor nos ambientes de saúde, dado que a pessoa se sente frágil e vulnerável. O que é visivelmente reconhecido e valorizado pelos participantes nas entrevistas e pelas observações realizadas pelo investigador.

---

<sup>5</sup> “Olho clínico - é o olhar para a pessoa sem olhar para monitor, muitas vezes caí-se muito nesse erro, é o monitor, mas sim, olhar para o doente e qualquer coisa que nos diz, há vários sinais no fâcies, na.... Se está agitado, se está confuso, o fâcies do doente, há vários sinais que se exteriorizam e que nos chamam à atenção e, que nós ... não sabemos identificar...é um facto...o que é, mas sabemos que este doente não está bem, não estou segura com ele vou debruçar, vou aprofundar que isto aqui não vai correr bem, há qualquer coisa aqui que não está bem, e realmente depois é engraçado e ...é também um bem-estar para nós, porque muitas vezes desta forma conseguimos priorizar os nossos cuidados, antecipar complicações, acho que é uma base fulcral para evitar complicações, para antecipar, eu acho que o máximo aqui na urgência é antecipar, a gestão de prioridades é antecipar, antecipar complicações.” E9\_PA\_20160313

De lembrar que, no ato de triagem a informação que o enfermeiro detém sobre a situação é, ainda insípida, no entanto, é fornecida a existente no momento, como dados inerentes ao protocolo de triagem e sobre o funcionamento do serviço de urgência.

Relativamente, à **categoria** *Promoção do conforto* na triagem ela está operacionalizada nas subcategorias: *Controlo da sintomatologia*; *Concede privacidade*; *Concede presença da família*; *Concede meios para conforto*. Como já vimos a passagem pela sala de triagem é curta, porém, é o sítio onde são implementadas as primeiras intervenções terapêuticas de alívio e conforto, sejam elas, físicas, psíquicas e emocionais.

Efetivamente, uma das preocupações primordiais do enfermeiro na triagem é tornar a vinda à urgência, o menos penosa possível, promovendo medidas para diminuir o desconforto. Para tal, dava início à sua intervenção no *Controlo da sintomatologia*. Neste sentido, implementava medidas para diminuir a dispneia, posicionava a pessoa na maca ou cadeira; diminuía a dor, fazia ensinamentos para uma respiração adequada; desmistificava medo e ansiedade, explicando a situação, etc. Também, *Concede privacidade* para que a pessoa pudesse contar abertamente o que a preocupava, proporcionando um ambiente intimista e calmo.

Outro aspeto, que foi focado pelos participantes como poder melhorar positivamente a passagem pelo serviço de urgência da pessoa era, *Concede presença da família*, o ter a pessoa da sua confiança e com quem tem laços de afeto promove segurança e sensação de pertença da pessoa. Pois, o viver de uma situação limite, associada ao risco de vida, quer pela pessoa, quer pela família, é uma experiência única. A família e o doente, vivem esta situação de forma muito intensa e emocional, pois existem momentos em que pode haver alterações no estado clínico, marcados pela angústia da incerteza. Neste sentido, os enfermeiros promoviam a presença da família o mais cedo possível. Por isso, manifestavam que era fundamental que a família estivesse presente para dar apoio e, ao mesmo tempo, o estar presente facilitava a compreensão e aceitação dos acontecimentos. Concretamente, nos discursos transparece este interesse do enfermeiro na integração da família no processo, quer para oferecer à pessoa esse bem-estar, quer para obter da família informações complementares em relação à situação e/ou antecedentes clínicos.

Por fim, temos a subcategoria, *Concede meios para conforto*, que estão relacionados com algumas intervenções como; oferecer um cobertor à pessoa com frio, facultar uma cadeira à pessoa que está cansada, uma maca à pessoa que tem dor ou desequilíbrio, estes são alguns dos instrumentos que os enfermeiros dizem usar para intervir para diminuir o desconforto.

Como **terceira categoria** temos, *Promoção da confiança*, que está elencada em quatro subcategorias: *Mostra interesse*; *Mostra controlo nos cuidados e no ambiente*; *Explica sintomas*; *Promove o compromisso*; *Envolve família*. Estas compõem-se de um conjunto de estratégias e técnicas que visam melhorar continuamente a confiança da pessoa no enfermeiro. Estas intervenções têm três finalidades principais: que na situação vivenciada a pessoa confie inteiramente nas intervenções; que compreenda sinais e sintomas; que se sinta seguro e apoiado. Pois, nos casos em que a pessoa tem consciência da sua fragilidade, em termos de saúde, é legítimo que se sinta desprotegida e com medo de morrer, portanto, é crucial confiar no enfermeiro e na equipa de saúde.

Nesta perspetiva, os enfermeiros dizem que é essencial que a pessoa perceba que o enfermeiro se preocupa, que veja no enfermeiro um perito nos cuidados para resolver o seu problema e, lhe ofereça condições no ambiente (silêncio, privacidade, luz, etc.). Também, valoriza que o enfermeiro o esclareça acerca de sinais e sintomas. O conjunto destas estratégias pretendem transmitir à pessoa sensação de segurança para se envolver e comprometer nos cuidados de saúde. Nos outros casos, em que a pessoa não pode comunicar verbalmente, os enfermeiros adequam as estratégias à circunstância. A título de exemplo, promovem o toque e usam palavras para estimular os sentidos. Em qualquer dos casos, é estruturante que a pessoa perceciono o enfermeiro como pessoa de confiança e que se centra no seu bem. No entanto, o enfermeiro é sabedor que o grau de insegurança e intranquilidade são mais que muitos, por isso, reconhece que é necessário que esta intervenção se vá repetindo ao longo do tempo. Todos estes aspetos referidos anteriormente são mencionados nas entrevistas pelos participantes e tidos como finalidades terapêuticas.

O *Mostrar interesse*, é muito útil no atendimento na triagem, segundo os enfermeiros ele é crucial para que as pessoas se sintam cuidadas. Também, fica patente que é essencial para as pessoas que o enfermeiro demonstre que é competente, através da forma como cuida e da forma como domina o ambiente (a estrutura e a tecnologia), emergindo assim, a subcategoria, *Mostra controlo nos cuidados e no ambiente*.

A subcategoria *Explica sintomas*, é a intervenção usada para clarificar e desmistificar o que a pessoa está a sentir. Isto justifica-se porque as pessoas que são surpreendidas com uma doença súbita, tendem a exacerbar as suas queixas por terem medo de morrer. Para tal, o enfermeiro explora através de perguntas, observação e inspeção direta. A explicação é dada por esta investigação que é feita e, serve simultaneamente para caracterizar a situação. De facto, isto que acabamos de dizer é, um dos muitos exemplos, de que se conjuga a avaliação diagnóstica e

a intervenção terapêutica. Neste caso, vemos articulados várias componentes de gestão de informação, de explicação de sintomas e, simultaneamente, de gestão de emoções, mostrando assim, um fenómeno complexo ou uma intervenção complexa com diferentes perspetivas. O que demonstra as capacidades complexas dos enfermeiros no seu desempenho.

A subcategoria *Promove o compromisso*, está intimamente ligada à relação de confiança que se estabelece entre ambos e, que o enfermeiro gradualmente potencia através de processos de negociação. Tudo isto, para que a pessoa se sinta progressivamente implicada e comprometida nos cuidados e nas propostas terapêuticas.

Outro aspeto, focado como conciliador na relação de confiança com o enfermeiro, é a pessoa ver o interesse e preocupação na sua família - *Envolve família*, na perspetiva de que, o enfermeiro acompanha a família neste processo de transição, quer para pacificar a vivência, quer para apoiar nas decisões a tomar em relação ao seu ente querido. Como ainda, fazer ensinios para a continuidade de cuidados à *posteriori*.

A **categoria** *Gestão de Emoções*, é uma intervenção de enfermagem considerada de elevada importância no serviço de urgência, isto porque, habitualmente, as pessoas são surpreendidas por uma alteração de saúde súbita que lhe provoca um emaranhado de emoções que importa serem compreendidas e geridas para puderem beneficiar o processo de saúde/doença.

Relativamente, ao facto de optarmos por *Gestão de Emoções* e não *Gestão de Sentimentos* tem a ver com aquilo que alguns autores pensam sobre este conceito, por exemplo Damásio (1995, 2000) diz que uma emoção pode sempre gerar um sentimento, se desenvolvermos o necessário mecanismo de consciencialização da relação entre o objeto e o estado emocional do corpo (Damásio, 1995). Ou seja, a emoção é uma resposta imediata após um estímulo ou desafio, o sentimento é algo processado e trabalhado internamente. Assim, neste contexto de urgência em que a pessoa está perante doença de forma súbita, ainda não houve tempo para processar, logo defendemos que estamos perante emoções. Tal como diz Damásio (2000:145) "*as emoções são um programa de ações, é uma coisa que se desenrola sucessivamente, não tem a ver com aquilo que se passa na mente, são despoletadas pela mente podem ocorrer sem necessidade da consciência, com repercussões no corpo e no cérebro. As emoções são desencadeadas por imagens dos objetos ou acontecimentos que estão realmente a ter lugar no momento ou que, tendo ocorrido no passado estão agora a ser evocados.*"

Os sentimentos são, por definição, a experiência mental que nós temos do que se passa no corpo. É o mundo que se segue (à emoção). Mesmo que se dê muito rapidamente, em matéria de segundos, primeiro são ações e podem ser vistas sem nenhum microscópio. As emoções



podem ser vistas na cara da pessoa, a pele pode mudar, os movimentos que a pessoa faz, enquanto o sentimento não se pode ver, corroborando, ainda Paul Ekman quando nos fala sobre as expressões emocionais espelhadas nos rostos.

Neste caso, a *Gestão de Emoções* é, frequentemente, referida pelos participantes nos seus discursos quando falam sobre a pessoa, mencionando o medo, a angústia, o desespero e a tristeza presentes no momento de triagem. Algumas vezes, falam sobre as emoções que as famílias sentem, quer na situação de doença ou morte dos seus entes queridos.

De facto, as entrevistas mostram que a gestão de emoções começa na triagem e que esta intervenção se for iniciada precocemente promove a otimização da relação do enfermeiro com a pessoa e, para além disso, facilita as vivências na urgência.

Muitas vezes, nas observações pudemos ver que palavras de conforto do enfermeiro, mudavam o semblante da pessoa, onde se observavam sinais de tranquilidade e bem-estar. Os dados, também nos informaram que o enfermeiro gere dois tipos de emoções: as expressas e as percecionadas pela pessoa. As emoções expressas estão relacionadas com as emoções que a pessoa consegue identificar no momento em que a enfermeiro lhe faz a consulta. As emoções percecionadas são aquelas que o enfermeiro identifica pela sua experiência profissional, mas que a pessoa não está a conseguir expressar. Tudo isto, emerge através da escuta ativa, a partir de questões mais diretivas para que a pessoa possa maturar o que está a sentir e o manifeste. Durante as observações, ficou visível que, em alguns casos, o enfermeiro deixava para mais tarde o explorar de emoções, por não lhe parecer oportuno ou adequado fazê-lo naquele momento. No enxerto seguinte pudemos ver o que descrevemos anteriormente.

“Se calhar aconselhar muitas das vezes “*não quer ligar a alguém, pois está sozinho, vamos chamar alguém*”, é natural que tenha que avisar mais pessoas. Às vezes são pequenas dicas que fazem todo o sentido e a pessoa sente-se apoiada.” E15\_PRO\_20160316

É neste sentido, dizemos que a *Gestão de Emoções*, na triagem tem três finalidades que se apresentam como subcategorias: *Compreende emoções*; *Desmistifica* e; *Racionaliza*. De facto, a intervenção terapêutica da gestão de emoções visa a *Compreensão das emoções*, da pessoa e família para melhor intervir. O *Desmistifica* e *Racionaliza*, são duas das estratégias que pretendem clarificar o que a pessoa está a sentir e o que verdadeiramente faz sentido. Digamos que, ambas têm anseio de transmitir uma mensagem de normalidade da existência e da manifestação daquelas emoções perante aquela circunstância. Por estas razões, o enfermeiro desenvolve a intervenção de explicar ou demonstrar o que está a acontecer, recorrendo à sua experiência profissional e aos seus conhecimentos. Como é facilmente perceptível, falar de emoções é, de facto complexo, por isso o enfermeiro deve reunir as suas melhores capacidades

nesta matéria, bem como, as condições mais favoráveis no contexto para que a pessoa se sinta nessa disposição.

### **3.7.2 O Processo de Intervenção Terapêutica de Enfermagem nas salas de emergência**

As salas de emergência são por excelência o setor dedicado para assistir pessoas em situação de risco de vida, ou seja, pessoas com elevado nível de instabilidade e gravidade clínica. Para cuidar de pessoas nestas circunstâncias o enfermeiro age de acordo com conhecimento, experiência profissional e, ainda reconhecendo situações semelhantes. Aqui o tempo que o enfermeiro tem para avaliar e agir é reduzido, pois é exigida ação imediata para minimizar o risco de vida. Por vezes, a informação é escassa, mas este facto, não impede a intervenção imediata. Portanto, o enfermeiro implementa medidas adequadas à situação clínica e, logo que for oportuno tenta desenvolver estratégias para adquirir maior volume de informação através da pessoa, da família, do processo clínico, dos técnicos de socorro, etc.

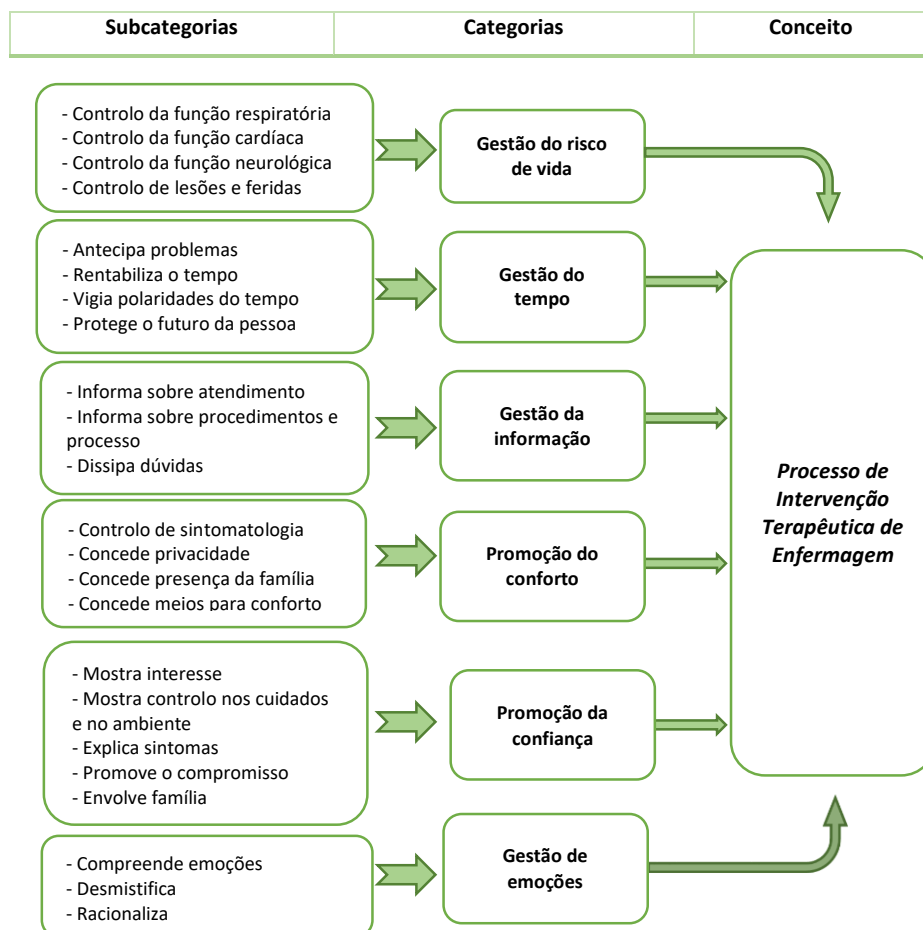
Dos dados deste trabalho de investigação resultou que o *Processo de Intervenção Terapêutica de Enfermagem* nas salas de emergência é orientado em função de seis intenções e cada uma delas com um conceito subjacente, as quais se assumem aqui como categorias para definir o processo existente neste contexto (Diagrama 6):

- *Gestão do risco de vida;*
- *Gestão do tempo;*
- *Gestão da informação;*
- *Promoção do conforto;*
- *Promoção da confiança*
- *Gestão de emoções.*

A **categoria** *Gestão do Risco de Vida*, é a que toma maior valor neste constructo e que comanda todas as outras categorias. Isto por estar relacionada com o controlo do risco de vida da pessoa. Ela está sediada em quatro subcategorias: *Controlo da função respiratória; Controlo da função cardíaca; Controlo da função neurológica; Controlo de lesões e feridas*. No seu conjunto são os patamares percorridos pelo enfermeiro para investigar sobre o estado de saúde daquela pessoa, ao mesmo tempo, que implementa medidas necessárias a cada achado (desobstruiu via aérea, aspira secreções; posiciona a pessoa na maca, liga os dispositivos clínicos a oxigénio, etc.). As ações desenvolvidas pretendem diminuir ou acabar com os riscos. Dito de outro modo, logo que toma contacto com a pessoa, avalia a função respiratória e faz *Controlo da função respiratória*, caracteriza-a de acordo com alguns parâmetros (o tipo de respiração, se traz algum auxiliar para

esta função, etc.) e age em consonância. De seguida, faz *Controlo da função cardíaca*, por palpação de pulso, através da monitorização cardíaca e desenvolve intervenções (punciona acessos venosos, liga monitor cardíaco e avalia tensão arterial, etc.).

Diagrama 6 – Categorização do *Processo de Intervenção Terapêutica de Enfermagem nas salas de emergência*



Na fase seguinte, verifica e efetua *Controlo da função neurológica*, avalia estado de consciência (escala de Glasgow) e identifica sinais e sintomas que possam alertar para possíveis lesões neurológicas, posiciona e monitoriza de acordo com as circunstâncias. Continua a sua indagação, avalia e *Controla lesões e feridas*, e coloca em prática intervenções a cada uma das situações (regista adequadamente o que observa, realiza pensos ou outra medida coerente) e, ao mesmo tempo, previne possíveis complicações (hemorragias). Estes aspetos atrás mencionados permitem-lhe intervir adequadamente em cada item. De facto, esta categoria mostra claramente finalidades de avaliação diagnóstica e de intervenção terapêutica no controlo de riscos para a vida da pessoa.

A categoria *Gestão do Tempo* é estruturante ao desempenho profissional nas salas de emergência, onde é necessária uma atuação extremamente rápida e eficaz. O tempo tem um valor muito elevado quando estamos face ao risco de vida de um ser humano, todos os segundos são extraordinariamente importantes. Por isso, dizemos que a categoria, *Gestão do Tempo* está sediada em quatro subcategorias: *Antecipa problemas*; *Rentabiliza o tempo*; *Vigia polaridades do tempo* e; *Protege o futuro da pessoa*.

A subcategoria *Antecipa problemas*, é fundamental para prevenir evoluções nefastas desnecessárias e, que podem ser evitadas se o enfermeiro tiver capacidade em prever problemas antes, mesmo, deles acontecerem. Corroborando Benner (2001), as enfermeiras peritas têm capacidade de antecipar problemas nos seus doentes. Esta subcategoria, não só acautela complicações, como ainda, permite uma melhor gestão do tempo nos cuidados prestados. Considerando que, intervenções mais complexas, exigem mais tempo de atuação. Neste sentido, emerge naturalmente a subcategoria, *Rentabiliza o tempo*, visto que a poupança e adequação deste, é uma competência primordial ao enfermeiro que trabalha neste ambiente. É, muitas vezes, função dos enfermeiros liderar as equipas neste setor e, portanto, cabe-lhes este papel de orientar os cuidados e gerir o tempo dispensado a cada procedimento, como aparece descrito nas entrevistas. De facto, se o enfermeiro souber usar todos os segundos de uma forma eficaz, mais probabilidade existe de se atingirem os resultados num tempo *record*, evitando contratempos e falhas. Por outro lado, fica mais tempo disponível para o enfermeiro conversar com a pessoa e conhecê-la melhor.

Outro aspeto que ficou evidente nos discursos é a mensuração do tempo de forma polarizada, ou seja, o tempo é geralmente focado como “*muito tempo*”, “*pouco tempo*” ou “*não existe tempo*”, o tempo nunca é referido como suficiente, transmitindo a ideia de que o tempo se esgota com facilidade nestes contextos de atuação. Assim, fomos conduzidos à criação desta subcategoria, “*Polaridades do tempo*”, que caracteriza a avaliação e intervenção dos enfermeiros nas salas de emergência. Por fim, o que não significa em último, mas sim, como um objetivo permanentemente presente, aparece a subcategoria, *Protege o futuro da pessoa*, ou seja, a otimização do tempo no assistir e defender a pessoa de danos que lhe condicionem a vida, seja ela profissional e/ou pessoal. Por isso, os dados mostram-nos que os enfermeiros agem sempre em prol do bem-estar atual e futuro da pessoa.

A *Gestão da Informação* é outra categoria chave à *Intervenção Terapêutica de Enfermagem*, em qualquer setor da urgência e, também nas salas de emergência. Ela é um modo de intervenção fundamental aos cuidados em geral como na relação enfermeiro e pessoa, em particular. Como

tal, compreende-se que esta seja uma categoria sempre presente em todos os setores. Pois, a ação do enfermeiro na primeira categoria *Gestão do Risco de Vida*, também acontece imbuída de informações que se vão recolhendo e construindo na ação, ação esta, envolvida num dado tempo cronológico. De facto, nas salas de emergência é preocupação do enfermeiro apurar dados e, se possível em simultâneo, explicar o que está a acontecer. Porém, as prioridades da situação clínica podem colocar essas explicações em segundo plano. Mas, logo que seja possível o enfermeiro explica de forma simplificada e apropriada o que está a fazer e o porquê, considerando, não só os elementos de natureza cognitiva, cultural, e, ainda, os relativos à complexidade das intervenções desenvolvidas.

Neste sentido, o enfermeiro informa-a e esclarece dúvidas para promover o consentimento informado e a adesão aos cuidados. Os enfermeiros referem que as explicações que fornecem nas salas de emergência têm três intenções: que a pessoa fique tranquila e se sinta segura; que se sinta envolvida nos cuidados; e que perceba o que lhe está a acontecer. Neste sentido, esta categoria está fundada em três subcategorias: *Informa sobre atendimento; Informa sobre procedimentos e processo; Dissipa dúvidas*.

Relativamente, ao *Informa sobre atendimento*, o enfermeiro esclarece o porquê de estar a ser atendida naquela sala, explica que será a única pessoa ali, esclarece sobre o tempo de permanência e qual o destino seguinte. Na subcategoria *Informa sobre procedimentos e processo*, informa sobre que procedimentos e a execução dos diferentes exames complementares de diagnóstico (eletrocardiograma, análises clínicas, ecografia, etc.). Assim, faz uma contextualização no que se refere à situação clínica, à equipa que a está a assistir e como se desenrolará o processo de cuidados. Simultaneamente, *Dissipa dúvidas*, ou seja, mostra-se disponível e com tempo para responder a todas as perguntas, sejam elas, da sua situação de doença, da visita ou da permanência da família, do seu futuro e das sequelas que podem advir, etc.

De destacar que, na *Gestão de informação*, é visível a preocupação do enfermeiro em explicar quer a situação clínica atual e o dissipar de medos em relação ao risco de vida. Para tal, o enfermeiro escuta a pessoa e percebe-a, o que realmente a preocupa naquele instante e, mostra interesse e disponibilidade para qualquer tipo de dúvida. Dando particular relevância à explicação do que se prevê acontecer nos próximos minutos ou horas. Para isto, os enfermeiros socorriam-se de um conjunto de técnicas de comunicação com objetivo de tornar a vivência o menos penosa possível.

A categoria *Promoção da confiança*, é importante para a *Intervenção Terapêutica de Enfermagem* nas salas de emergência, pois as pessoas sabem que ali se assistem situações limite, portanto, se estão nestas salas significa que a sua situação é grave e, é natural que sintam medo e insegurança. Nesta perspetiva, é crucial que os enfermeiros estejam despertos para usarem estratégias que minimizem sentimentos de insegurança e transmitam confiança.

Os participantes do estudo dizem que promovem confiança através das seguintes estratégias que aqui são assumidas como subcategorias: *Mostra interesse*; *Mostra controlo nos cuidados*; *Mostra controlo no ambiente*; *Explica sintomas*; *Acompanha e envolve a família*. A confiança deve ser tida em conta desde o primeiro contacto do enfermeiro com a pessoa e é concretizada pela forma afável como se dirige. A título de exemplo, o facto de o enfermeiro chamar a pessoa pelo seu nome e ser empático, ajuda a desenvolver a confiança da pessoa no enfermeiro. Por certo, isto que acabamos de referir vai-se concretizando através da subcategoria *Mostra interesse*, que é uma estratégia simples de implementar e muito eficaz. Os enfermeiros dizem que é essencial transmitir à pessoa que os seus problemas são o seu foco principal e, assim a pessoa entrega-se e confia. O interesse demonstrado não deve estar somente relacionado com o sofrimento relacionado com a situação clínica, mas também, o sofrimento inerente à privação da sua vida familiar e ao isolamento social.

Na subcategoria *Mostra controlo nos cuidados*, os enfermeiros percebem que as pessoas sentem segurança em enfermeiros que transmitem à vontade quando prestam cuidados. Para isso, eles devem responder rapidamente às solicitações da pessoa, sem mostrar inseguranças, ter resposta às questões colocadas e mostrar exatidão na técnica.

Em paralelo e, bem próximo do anterior, temos *Mostra controlo no ambiente*, é outro componente para afiançar confiança, aqui os participantes afirmam que os enfermeiros devem evidenciar conhecimentos acerca da componente técnica e científica e, concomitantemente, mostrar domínio no ambiente que os rodeia (estrutura física, tecnologia e dispositivos clínicos).

Também, a subcategoria *Explica sintomas* é, sem dúvida, um pilar nesta categoria de construção de confiança, pois é um excelente instrumento para transmitir à pessoa o domínio sobre o problema de saúde e a inerente sintomatologia. Naturalmente, é nesta altura que o enfermeiro esclarece a pessoa sobre o quê, o como; e o porquê. Isto concorre para a integração da pessoa nos cuidados para a tomada de decisão e, progressivamente, construir essa relação de confiança que é um *exlibris* aos cuidados em saúde.

Por último, e não por ser menos importante, temos a subcategoria, *Acompanha e envolve a família*, que assume um valor especial na sala de emergência, onde o sofrimento e as incertezas

de futuro estão presentes. Os enfermeiros creem que a presença da família é fundamental para melhorar o bem-estar. Por essa razão, informam a família sobre a situação clínica e concedem uma visita, mesmo que seja curta, ora para confortar a pessoa, ora para confortar a família. Os enfermeiros manifestam que, em alguns casos, as pessoas pensam mais no bem-estar da família do que na sua situação clínica. A preocupação do enfermeiro pela família é uma forma de potenciar a relação de confiança.

Efetivamente, as pessoas assistidas numa sala de emergência vivem momentos de angústia, de medo e de tristeza, provocados pela gravidade e imprevisibilidade da situação clínica. Portanto, a intervenção de enfermagem dirigida à gestão de emoções é basilar, conduzindo-as em prol da evolução do processo saúde-doença. Estas são as razões apontadas pelos participantes e que fizeram despontar a categoria *Gestão de emoções*, ao afirmarem que as emoções devem ser clarificadas e desmistificadas, o mais precocemente possível, para melhorar a socialização no processo e otimizar a adesão aos cuidados de forma equilibrada, saudável e tranquila.

Os enfermeiros lembram que para além das emoções dos doentes é importante refletir e intervir nas emoções dos profissionais que ali desempenham funções e, que também, influenciam o ambiente e os cuidados prestados. Daí, os participantes assumirem que é responsabilidade do enfermeiro controlar as suas emoções, as da pessoa assistida e, é essencial colaborar na gestão dos diferentes profissionais. Esta responsabilidade é-lhe conferida por ser, habitualmente, o enfermeiro o líder dos cuidados na sala de emergência.

De facto, as emoções vividas estão ao *rubro*, dada a complexidade das situações. Pois, a exigência de instantaneidade de intervenção provoca múltiplas emoções que conduzem, habitualmente, a níveis elevadíssimos de ansiedade e *stress*.

Assim, a *Gestão de Emoções* nas salas de emergência está sediada em três subcategorias: *Compreende emoções; Desmistifica; Racionaliza*. O compreender as emoções é um instrumento para mostrar respeito e interesse pela maneira como a pessoa está a enfrentar a situação e, também serve para tomar decisões em relação às intervenções mais adequadas. Por outro lado, este processo que se vai desenrolando auxilia o enfermeiro no desmistificar e no clarificar do que a pessoa está a sentir, e assim, pode elucidá-la sobre o que realmente faz sentido ou não. Esta intervenção do enfermeiro serve para desimaginar a pessoa em relação a medos desenquadrados da situação. As emoções coerentes à situação e ao ambiente devem ser entendidas pelos enfermeiros, agindo de modo a equilibrar e a usar as emoções que a pessoa está a sentir e colocá-las de forma construtiva a favor das intervenções e do sucesso terapêutico. Nas entrevistas os enfermeiros dizem que a pessoa tem medo de morrer, o que é totalmente

legítimo dada a gravidade clínica, nesse caso, propõem-se os cuidados para a situação e transmite-se que a sua adesão é importante para minimizar riscos, racionalizando assim, as emoções.

### **3.7.3 O Processo de Intervenção Terapêutica de Enfermagem nos Balcões**

Os balcões são setores vocacionados para refinar os problemas que levaram a pessoa ao serviço de urgência e, simultaneamente ao controlo da sintomatologia. É o maior setor do serviço de urgência e assiste, o maior número de pessoas nas 24h. Por estas razões, ele requer dos enfermeiros um vasto leque de competências assistenciais, experiência profissional e competências emocionais, para lidarem com as mais variadíssimas situações, algumas delas, até de conflito.

Os dados resultantes deste trabalho mostraram que o *Processo de Intervenção Terapêutica de Enfermagem* nos balcões é orientado em função de seis intenções e cada uma delas com um conceito subjacente e assumidas como categorias para definir o processo existente (Diagrama 7):

- *Gestão de casos clínicos;*
- *Gestão do tempo;*
- *Gestão da informação;*
- *Promoção do conforto;*
- *Gestão de emoções;*
- *Promoção da autonomia.*

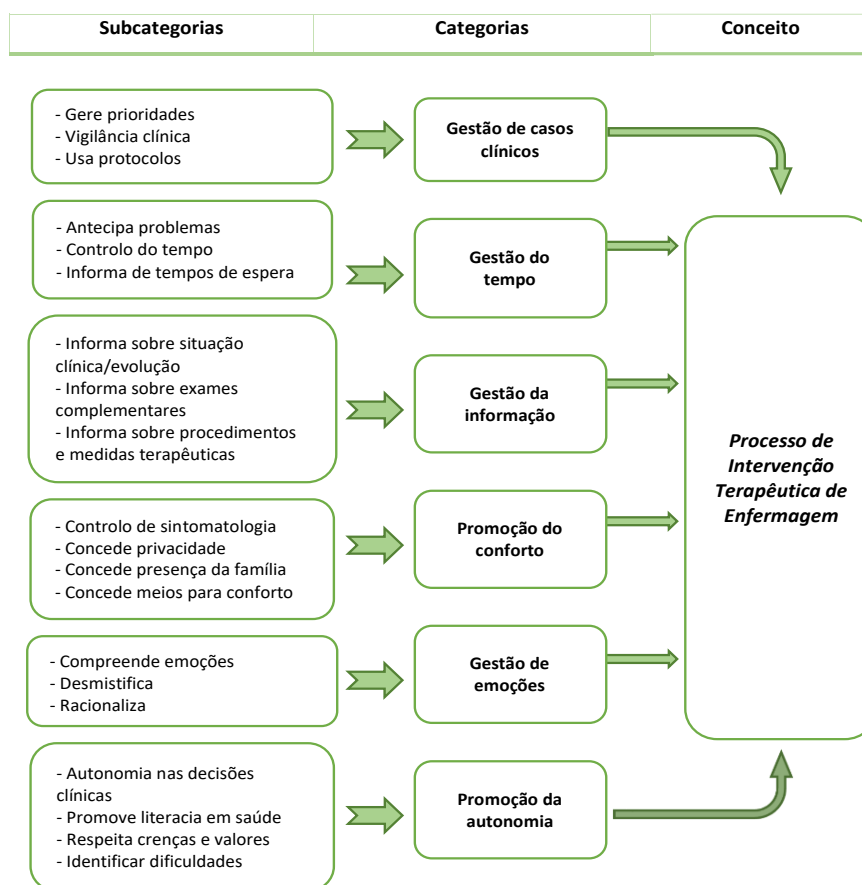
A categoria *Gestão de casos clínicos* é mandatória em relação às restantes. Dado que, ela orienta a intervenção terapêutica, ou seja, o enfermeiro em balcão tem à sua responsabilidade 20 a 30 pessoas. Por isso, no início do seu turno faz uma apreciação global e estratifica os casos clínicos por prioridades para sistematizar mentalmente a sua intervenção. Este método permite-lhe ir operacionalizando as outras categorias que compõem o *processo de raciocínio clínico nos balcões*. No entanto, ao fazermos esta afirmação não estamos a negar o mecanismo de vaivém constante entre as várias categorias, mas tão somente, pretendemos descrever como pensam e agem os enfermeiros em balcões o que está devidamente salientado nos discursos.

Na concretização desta construção mental, os enfermeiros fundam a sua avaliação e intervenção nas seguintes subcategorias: *Gere prioridades; Vigilância clínica; Usa protocolos.*



Na subcategoria, *Gere prioridades*, o enfermeiro colhe dados e acaba por efetuar uma retriagem, ou seja, dirige algumas perguntas à pessoa e família refinando queixas e avaliações. Neste sentido, cria um patamar para aquele caso clínico e, simultaneamente, encaixa-o no desenho mental em relação a todos os casos clínicos em presença. Esta primeira subcategoria inevitavelmente gera a segunda *Vigilância Clínica*. Após ter sido estabelecida e refinada a prioridade, o enfermeiro define qual o tipo de vigilância que é necessária para cada caso. Por isso, os participantes dizem que numa dor, após a intervenção, é necessário vigiar e monitorizar a sua evolução, numa hipertensão arterial depois da administração terapêutica é importante reavaliar, numa pessoa com dispneia em que o posicionamento a melhorou, é essencial vigiar como se comporta no decorrer do tempo e, assim sucessivamente.

Diagrama 7 – Categorização do Processo de Intervenção Terapêutica de Enfermagem nos balcões



Também, para operacionalizar a intervenção terapêutica na gestão dos casos clínicos, os enfermeiros assumem que “*usam protocolos*” para coadjuvar a sua prática clínica, como é o caso do Protocolo de Manchester, o Protocolo Via Verde Sépsis e, ainda o Protocolo de Via Verde

AVC. Estes são aplicados ou ativados sempre que necessário. Os protocolos facilitam a conduta no serviço de urgência e a segurança dos cuidados. Para além dos protocolos, são usadas escalas para refinar, completar informação, otimizando a intervenção nos balcões (escala de avaliação da dor, escala de avaliação do estado de consciência de Glasgow, escala do risco de quedas, etc.). Por último, em relação à gestão dos casos clínicos, os participantes mencionam que é preciso estar em alerta para as situações que evoluem em escalada ou reações exacerbadas, por isso, afirmam que é fundamental prolongar o olhar para as diversas situações em presença, pois basta um virar de costas e “*tudo já aconteceu*”.

A **categoria** *Gestão do tempo*, ela é transversal a todos os setores no serviço de urgência. No entanto, assume algumas particularidades face ao setor onde o enfermeiro está a desempenhar funções. Habitualmente, nos balcões os problemas que as pessoas têm permite-lhes esperar de acordo com a sua prioridade. Porém, o número elevado de pessoas que recorre ao serviço de urgência leva a uma espera desfasada daquilo que está preconizado pelo protocolo. Neste seguimento, os enfermeiros nos balcões mostram muita preocupação em relação ao tempo que as pessoas esperam, e afirmam que o tempo é pouco para cuidar de tantas pessoas com tantas necessidades. Para isso e face às circunstâncias, desenvolvem estratégias que lhes permitem melhorar e responder o mais adequadamente possível às necessidades. Daqui, emergiram as seguintes subcategorias: *Antecipa problemas*; *Controlo do tempo*; *Informa de tempos de espera*.

Assim, para minimizar complicações e situações adversas usam as suas competências profissionais, antecipando problemas, isto não só promove uma intervenção precoce, poupa tempo, como ainda, evita danos futuros na saúde da pessoa. O tempo é referido nos discursos com os mais variados adjetivos, *agir em tempo útil*, *o tempo de demora*, *o tempo de atraso*, *o tempo de dor*. Contudo, o tempo que assume maior relevância nos discursos é, sem dúvida, *o tempo de intervenção* e *o tempo de resultados*. Naturalmente, é manifestamente visível o desenvolvimento das suas capacidades para gerir eficazmente o tempo, visto que este é uma ferramenta para melhorar a qualidade e segurança assistencial. Dito de outro modo, ao melhorarem o tempo de intervenção tudo indica que podem obter resultados positivos mais rapidamente.

A **categoria** *Gestão da informação*, apresenta um valor importantíssimo em balcão segundo os enfermeiros entrevistados, por dois motivos essenciais: é crucial que as pessoas e família que usufruem dos cuidados de saúde estejam informadas sobre a situação clínica e na intervenção do enfermeiro é essencial que haja informações pertinentes e amplas para serem articuladas em prol da decisão e da intervenção mais adequada.

A comunicação de informações à pessoa e família é uma excelente ferramenta para potenciar a relação terapêutica. Por certo, a informação é um dos instrumentos facilitadores para poder intervir com segurança e integrar pessoa e família nos cuidados de saúde. Por isso, na gestão de informações em balcão, o enfermeiro manipula três intenções diagnósticas e terapêuticas, assumidas como subcategorias: *Informa sobre situação clínica/evolução; Informa sobre exames complementares; Informa sobre procedimentos e medidas terapêuticas.*

A pessoa quando se depara com uma situação súbita de doença que a obriga a recorrer ao serviço de urgência fica vulnerável, exposta e com imensas incertezas em relação ao seu futuro. Os enfermeiros manifestam essa preocupação e frisam que informam a pessoa e família sobre a situação, respondendo ao como, ao porquê dos exames complementares, dos procedimentos e das medidas terapêuticas. Isto é um elemento facilitador na adesão aos cuidados e para potenciar o bem-estar da pessoa e família durante a permanência no serviço. Este acompanhar do enfermeiro é fundamental para que a pessoa experiencie esta situação de transição da forma menos penosa, tal como refere Meleis (1997), é função do enfermeiro acompanhar a pessoa na transição, o informar é um instrumento valioso na intervenção autónoma de enfermagem.

Relativamente, à **categoria** *Promoção do conforto* nos balcões, ela pretende responder a quatro intenções: *Controlo de sintomatologia; Concede privacidade; Concede presença da família; Concede meios para conforto.*

Segundo os participantes o controlo da sintomatologia é o de mais fácil operacionalização, quer através de intervenções autónomas, quer por intervenções interdependentes. Em relação à segunda e terceira subcategorias, *Concede privacidade e Concede a presença da família*, aqui dada a estrutura física é mais difícil colocar em prática. Pois os balcões são um *open space*, o que torna difícil conceder a presença da família e a privacidade desejável. Para resolver esta contrariedade, os enfermeiros usam biombos e gabinetes médicos desocupados, realizando as intervenções de enfermagem e trazer a família para junto da pessoa.

Na subcategoria, *Concede meios para conforto*, escutam as queixas das pessoas e tentam corresponder às necessidades, como pedir uma cadeira de rodas ou uma maca para promover o descanso e/ou conforto, ou dar um cobertor, etc. Evidentemente, a promoção de conforto é um pilar estruturante, está intimamente relacionada com o respeito pela pessoa em sofrimento e passa por compreender o que ela está a viver e sentir. Este conforto visa diminuir o sofrimento em relação à situação clínica propriamente dita e aos procedimentos. Depois, as ferramentas como a confiança e o compromisso podem auxiliar, indiretamente, no garantir de conforto

psíquico da pessoa cuidada. A confiança vai sendo criada através da linguagem verbal, não-verbal e atitudes que o enfermeiro desenvolve desde o primeiro segundo.

Os enfermeiros mencionam que as pessoas que recorrem à urgência confiam, apontam a competência e a segurança profissional como essenciais para aumentarem esses níveis de confiança. Paralelamente, o facto de o enfermeiro lhe responder às perguntas e mostrar interesse sobre si, vai aprimorando o grau de confiança e potencia o envolvimento nas decisões clínicas e nas medidas terapêuticas.

A **categoria** *Gestão de emoções* nos balcões, pretende corresponder a três finalidades: *Compreende emoções; Desmistifica; Racionaliza*. Como já vimos anteriormente, este ambiente de balcão é bastante confuso e tem muito ruído, por ser amplo e por estarem muitas pessoas neste espaço (pessoas doentes, enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, etc.). Todo este ambiente está carregado pelas diferentes emoções dos vários intervenientes. De facto, o enfermeiro é um *pivot* a quem cabe a responsabilidade de compreender, gerir e orientar as suas emoções, as emoções da pessoa e as do grupo, em benefício do bem-estar da pessoa.

Mas, naturalmente, o centro da atenção do enfermeiro é a pessoa. É a ela que ele escuta, analisa o discurso e comportamentos e, intervém consoante as necessidades. Sendo, a compreensão de emoções o primeiro patamar para construir um mapa de prioridades e ação. Para de seguida, conseguir desmistificar o medo e ansiedade que possam estar exacerbados em relação à situação. Esta intervenção realizada de forma atempada auxilia numa vivência mais tranquila e apaziguadora para a pessoa e sua família, isto dito pelos enfermeiros. A partir deste momento, os enfermeiros frisam que é altura de canalizar as emoções que a pessoa está a sentir em prol dos objetivos terapêuticos. A categoria gestão de emoções está carregada de finalidades diagnósticas e terapêuticas como se pode constatar.

A **categoria** *Promoção da autonomia* é tida pelos enfermeiros como um instrumento de intervenção que deve ser implementado precocemente em balcão para preparar a pessoa para o regresso a casa ou para o internamento. Por isso, os enfermeiros atempadamente começam a perceber quais as dificuldades e fragilidades da pessoa e, agir em conformidade, fazem ensinamentos para diligenciar a independência. Para tal, potenciam capacidades da pessoa nas seguintes subcategorias: *Autonomia nas decisões clínicas; Promove literacia em saúde; Respeita crenças e valores; Identifica dificuldades*.

É notório nos discursos dos participantes a satisfação em terem a pessoa como parceiro nos cuidados, ou seja, sentirem empenho na construção do seu bem-estar e envolvimento nas decisões clínicas, espelhando a subcategoria *“Autonomia nas decisões clínicas”*. O que,

inevitavelmente, se traduz num trabalho conjunto do enfermeiro e da pessoa cuidada para os melhores resultados num espaço curto de tempo. Eles frisam que cada vez mais, é frequente estarem na presença de pessoas com elevados níveis de literacia em saúde, o que torna mais desafiante e gratificante a sua função como enfermeiros.

Efetivamente, nas entrevistas verificamos que os enfermeiros aproveitam os momentos de contacto com a pessoa e família para aumentar a literacia em saúde, no sentido de os integrar nos cuidados e promover a saúde atual e futura das pessoas. Contudo, ficou patente a angústia dos enfermeiros quando se deparam com pessoas completamente desinformadas sobre o seu estado de saúde. E, lembram que para otimizar esta iliteracia se deveria iniciar formação no ensino básico para esclarecer as crianças sobre quais as estratégias para se manterem saudáveis, e ainda, como usar as instituições de saúde, espelhando a subcategoria “*Promove literacia em saúde*”.

Depois, em relação à terceira subcategoria, *Respeito por crenças e valores*, os enfermeiros manifestam que as características específicas da população que assistem no hospital os conduz a uma compreensão profunda sobre a multiplicidade de crenças e valores. O interesse pela cultura e rituais de cada pessoa, fortalece a sua intervenção de enfermagem personalizada e única.

Por fim, na quarta subcategoria, *Identifica dificuldades*, os enfermeiros para dirigirem de forma mais eficaz a sua intervenção salientam que é crucial entender as dificuldades da pessoa no regresso a casa, como por exemplo, dificuldades económicas, falta de apoio familiar, alterações da mobilidade provocadas por esta nova situação, etc. De frisar que, nos balcões como a pessoa permanece algum tempo com eles, é-lhes possível refinar estes aspetos e desenvolver esforços para ir preparando precocemente o momento da alta. Como tal, providenciam transporte para o regresso a casa, ativam o serviço social, efetuam chamada a familiar, etc.

#### **3.7.4 O Processo de Intervenção Terapêutica de Enfermagem na Unidade de Observação**

A unidade de observação (UO) é o único setor de internamento no serviço de urgência, aqui as pessoas ficam em vigilância durante um período de mais ou menos 24h, para se esclarecer a situação clínica e implementar medidas para controlar o processo de saúde/doença.

Por abranger um leque tão alargado de problemas, exige aos enfermeiros uma elevada aptidão profissional para corresponder eficazmente às necessidades das pessoas. Uma das competências que se destaca no exercício profissional dos enfermeiros neste setor, é a deteção

precoce de sinais e sintomas de gravidade, visto que a grande vulnerabilidade e instabilidade das situações é mutio frequente, segundo os participantes. Corroborando Benner (2001), o enfermeiro é tão mais competente quanto maior for a sua capacidade de identificar antecipadamente problemas nos seus doentes.

Os dados mostraram que o *Processo de Intervenção Terapêutica de Enfermagem*, na unidade de observação é orientado em torno de sete intenções e cada uma delas com um conceito subjacente, tidas como categorias para definir este processo existente na UO (Diagrama 8):

- *Gestão de casos clínicos;*
- *Gestão do tempo;*
- *Gestão da informação;*
- *Promoção do conforto;*
- *Gestão de emoções;*
- *Promoção da confiança;*
- *Promoção da autonomia.*

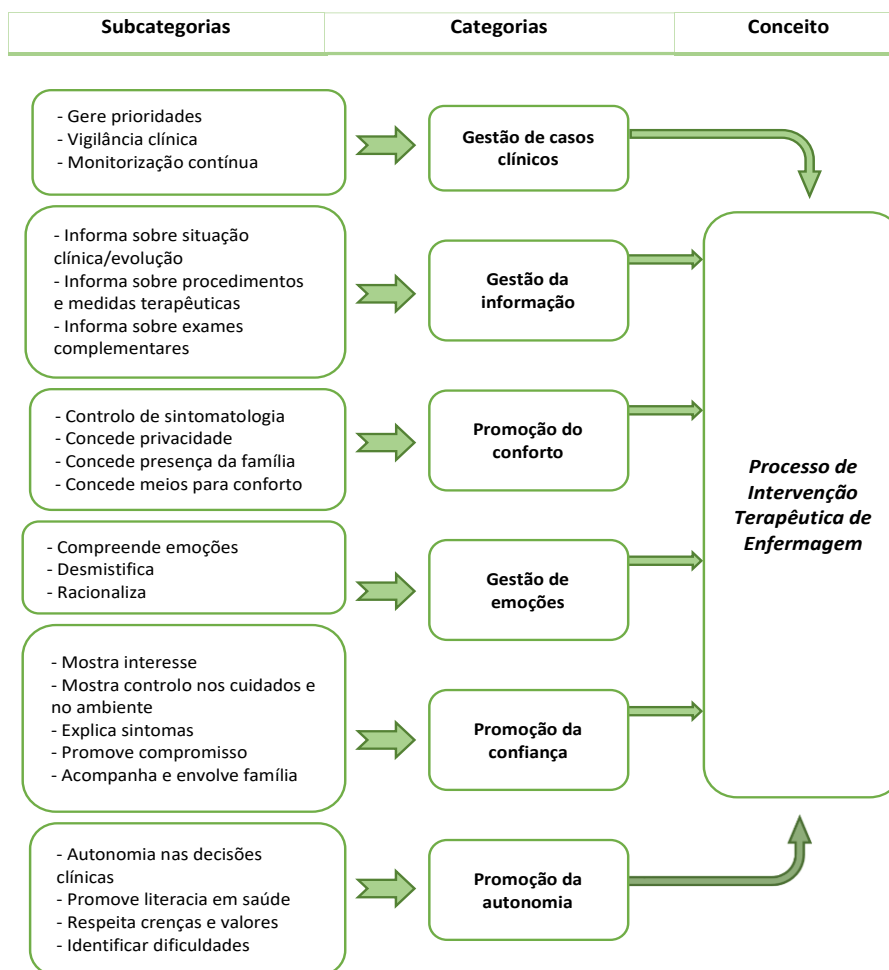
A **categoria** *Gestão dos casos clínicos*, na unidade de observação (UO) é crucial para sistematizar a intervenção do enfermeiro perante as pessoas que tem a seu cargo. Os enfermeiros referem que a informação fornecida pelo colega na passagem de turno é importante para começar a sua construção mental na gestão dos casos clínicos, desenhando assim, de imediato um plano de ação. Posteriormente, escutam a pessoa e consultam o processo clínico no sistema informático para otimizar o seu raciocínio. Nesta perspetiva, para concretizar o seu pensar e ação colocam em prática as subcategorias que fundam a gestão de casos clínicos: *Gere prioridades; Vigilância clínica; Monitorização contínua.*

Por conseguinte, a primeira subcategoria pretende ditar qual é o caso clínico que exige intervenção em primeiro lugar, e assim, sucessivamente. De qualquer modo, se todos os casos estiverem no mesmo patamar de prioridades, o enfermeiro vai desenvolvendo as intervenções caso a caso; prestar cuidados de higiene e conforto, avaliar sinais vitais, escutar as queixas e complementar informações, etc. Estes aspetos são essenciais para o plano de vigilância, definindo o tempo que deve mediar cada avaliação e cada intervenção. Muitos dos casos, internados na UO exigem uma monitorização contínua para acompanhar e/ou despistar sinais de agravamento que são particulares a cada situação.

Os enfermeiros referem que nos traumatismos crânio encefálicos, é necessária uma monitorização contínua nas primeiras 24h, para avaliar estado de consciência, reação e tamanho pupilar, cefaleias, tonturas, vómitos, etc. De facto, a permanência constante junto da pessoa

optimiza a deteção precoce de sinais de alerta. Também, faz parte da sua intervenção registos de enfermagem adequados e concisos sobre os achados e, sempre que necessário pedem a colaboração de outros profissionais.

Diagrama 8 – Categorização do Processo de Intervenção Terapêutica de Enfermagem na unidade de observação



A **categoria Gestão da informação**, é transversal a todos os setores da urgência, pois é nela que se alicerçam as intervenções terapêuticas de enfermagem. A gestão de informação na unidade de observação tem as seguintes finalidades, adotadas como subcategorias: *Informa sobre situação clínica/evolução; Informa sobre procedimentos e medidas terapêuticas; Informa sobre exames complementares.*

Na Unidade de Observação o problema de saúde da pessoa já está diagnosticado. O internamento tem duas intenções: aprofundar melhor as causas da situação; estabilizar sinais e

sintomas de gravidade. Para que de forma celere a pessoa tenha condições para ter alta para domicílio ou ser transferida para um serviço do hospital.

Relativamente, à informação neste contexto ela é uma ferramenta muito útil para que a pessoa fique devidamente esclarecida sobre o que lhe está a acontecer e como será a evolução do seu problema. Ou seja, ter informação ao seu dispor sobre procedimentos e medidas terapêuticas, particularmente em relação aos objetivos, modo de execução, tempo de duração, vantagens e desvantagens. Os enfermeiros frisam nos seus discursos que é primordial que as pessoas cuidadas estejam devidamente informadas e esclarecidas sobre medidas terapêuticas para que possam dar o seu consentimento informado.

A **categoria** *Promoção do conforto*, assume o seu patamar máximo de concretização na unidade de observação, afirmado pelos participantes. Pelo simples facto de o enfermeiro dispor de mais tempo e de melhores condições de estrutura física para operacionalizar todos os objetivos referentes a esta categoria.

Para tal, faz *Controlo de sintomatologia*; *Concede privacidade*; *Concede presença da família*; *Concede meios para conforto*. No controlo da sintomatologia usa intervenções autónomas (massagem, posicionamento, aquecimento do ambiente, etc.) e intervenções interdependentes, como a administração de terapêutica. No conceder de privacidade a unidade de observação reúne ótimas para se manter a privacidade entre as pessoas que estão internadas e, ainda seja permitida a presença da família.

Na UO existem horas definidas para a visita da família, no entanto, os enfermeiros nas entrevistas dizem que trazem a família para junto da pessoa sempre que possível, por reconhecerem a sua importância na evolução favorável do problema de saúde.

Por outro lado, também são fornecidos meios e condições para potenciar o conforto, como sejam, uma cama aquecida, ambiente sem ruído, alimentação, hidratação, cuidados de higiene e conforto, etc.

A **categoria** *Gestão de emoções*, é transversal a todos os setores do serviço de urgência. Mas, geralmente, na unidade de observação a pessoa já está numa fase de menor ansiedade e medo. Pois, já esteve sob os cuidados de enfermeiros que a esclareceram e apaziguaram algumas das dúvidas e angústias.

Naturalmente, as preocupações e emoções que a pessoa vive durante o internamento na UO são diferentes dos outros setores da urgência, como já vimos anteriormente. Neste setor, as emoções estão intimamente ligadas ao afastamento da família, da sua casa e da sua vida social,



o que lhe provoca tristeza e angústia. Perante estas emoções o enfermeiro age para diminuir o seu impacto. Para tal, desencadeia estratégias para a compreensão das emoções, para o desmistificar e para a racionalização das mesmas.

A **categoria** *Promoção da confiança* é a mais simples de operacionalizar na unidade de observação. A proximidade entre enfermeiro/pessoa é maior e existe mais disponibilidade para se desenvolver esta relação. Isto permite que ambos se conheçam melhor e, mais importante ainda, a pessoa pode aumentar o grau de confiança no enfermeiro e envolver-se mais facilmente no processo de cuidados.

O enfermeiro para colocar em prática esta categoria, implementa as seguintes estratégias: *Mostra interesse; Mostra controlo nos cuidados e ambiente; Explica sintomas; Promove compromisso; Acompanha e envolve família*. Naturalmente, que o enfermeiro demonstrar interesse pelas suas preocupações e da sua família, leva a aumentar a confiança, e em alguns casos, chegam a dizer “*estou nas suas mãos*”.

Posteriormente, a pessoa sentir e observar que o enfermeiro detém o controlo da situação clínica, do ambiente e da tecnologia, também transmite sinais para potenciar confiança no enfermeiro. É igualmente importante, o modo como a pessoa percebe a forma como o enfermeiro domina, explica, negocia e se compromete no seu caso particular.

Por outro lado, o interesse que o enfermeiro mostra em integrar a família nos cuidados e nas decisões clínicas, motiva a pessoa a confiar e a se sentir segura durante o internamento. Estes aspetos foram amplamente referidos nos discursos dos enfermeiros e observados pelo investigador.

E, por fim, mas não por último, temos a **categoria** de *Promoção da autonomia*, elencada nas seguintes subcategorias: *Autonomia nas decisões clínicas, Promove literacia em saúde, Respeita crenças e valores, Identifica dificuldades*. Estas no seu conjunto pretendem otimizar a capacidade da pessoa se envolver no processo de saúde-doença, torná-la o mais independente possível, quer prepará-la para a alta clínica ou para o internamento.

Visto que, nem sempre a pessoa que esteve internada num serviço de urgência fica com incapacidades de retornar à sua vida ativa. No entanto, é importante compreender o que lhe trouxe esta nova experiência e perceber se apenas precisa de acompanhamento do enfermeiro ou de substituição em algumas atividades. De facto, as novas circunstâncias podem exigir auxílio de cuidados na comunidade, de ajuda da família ou apenas aconselhamento por parte do enfermeiro. O que importa é que o enfermeiro esteja desperto para estes aspetos e possa agir em conformidade.

### **3.7.5 O Processo de Intervenção Terapêutica de Enfermagem: Setores de Segunda Abordagem - Perspetiva Global**

Para clarificar a chegada a este constructo a partir dos conceitos que emergiram, é agora fundamental e, adequado justificar a sua denominação. Esta resulta de um processo de desenvolvimento do nosso raciocínio que se orientou a partir dos dados deste estudo, mas também dos diversos avanços e recuos que foram necessários a este percurso.

A designação da intervenção de enfermagem como terapêutica não é um hábito, nem entre os enfermeiros na prática dos cuidados ou no ensino, nem na literatura. No entanto, tem vindo a ser vinculada e justificada a partir de vários estudos de investigação (Meleis, 1997; Lopes, 2006; Sapeta, 2011). Esta menor afirmação da intervenção de enfermagem como terapêutica poderá estar relacionada com a história da profissão, que nos primórdios era entendida como subsidiária da medicina e isenta de qualquer carácter autónomo e/ou terapêutico.

O termo surgiu pela primeira vez no livro de Peplau (1990), publicado pela primeira vez em 1952, ao salientar o potencial terapêutico da relação enfermeiro-doente. Nesse estudo o processo de enfermagem é considerado educativo e terapêutico quando a enfermeira e o doente evoluem no conhecimento e no respeito mútuo, como pessoas que sendo iguais, são diferentes e como pessoas que partilham a procura de soluções para os problemas.

Posteriormente, Levine (1973) menciona que as intervenções de enfermagem são de dois tipos: as "*intervenções de encorajamento*", com objetivo de prevenir uma maior deterioração no estado de saúde do doente; e as "*intervenções terapêuticas*", visam promover a adaptação e a capacidade de se tornar saudável e, conseqüentemente, contribuir para a restauração da saúde.

É neste sentido que, se optou pelo constructo *Intervenção Terapêutica de Enfermagem*, visto que as ações desenvolvidas pelos enfermeiros no serviço de urgência pretendem implementar medidas junto da pessoa e família, por forma a contribuir para restauração da sua saúde e em prol do seu bem-estar. Também, outros autores se têm debruçado nesta matéria (McMahon, 1991; Ersser, 1988; Muetzel, 1988) para compreenderem onde residem as intervenções terapêuticas de enfermagem. Nesta perspetiva, McMahon (1991) usando os vários contributos propôs um constructo que designou como os elementos da enfermagem terapêutica. Ou seja, ele assume que as atividades de enfermagem estão ligadas ao desenvolvimento de parceria, intimidade e reciprocidade na relação do enfermeiro-doente; na manipulação do ambiente; ao ensinar; ao promover o conforto; adaptando práticas de saúde complementares e utilizando intervenções físicas testadas (McMahon & Pearson, 1991).

É neste contexto que igualmente propomos a designação de "*Processo de Intervenção Terapêutica de Enfermagem*". Assim, o "*Processo de Intervenção Terapêutica de Enfermagem*" que incorpora a totalidade das intervenções dos enfermeiros dirigidos à pessoa e família, bem como as ligações que se estabelecem entre todos os atores e a organização, no contexto de urgência.

Daí, desta investigação emergiu o seguinte conceito e os aspetos circundantes, a *Intervenção Terapêutica de Enfermagem no serviço de urgência*, é toda a ação desenvolvida pelo enfermeiro para responder ou corresponder a situações clínicas de risco de vida ou a problemas expressos pela pessoa. Neste tipo de intervenção o enfermeiro permanece numa grande proximidade com a pessoa, na tentativa de o conhecer cada vez mais e melhor, desenvolvendo toda a sua intervenção terapêutica para responder aos problemas identificados e expressos com a maior exatidão possível. Tal como afirma Goya (2008: 182) "... o pensamento como arte, faz do conhecimento uma habilidade de visualizar o espaço de infinitude do outro".

De facto, no serviço de urgência pretende-se num espaço curto de tempo conhecer o outro em todas as suas dimensões e agir em conformidade. Esta visão terapêutica é feita da valsa entre conhecer e cuidar. A proximidade do enfermeiro com a pessoa é de tal modo constante que a consideramos uma relação clínica, isto recorrendo à raiz da palavra clínica, estar junto ao leito do doente, que é a posição, compromisso e responsabilidade profissional dos enfermeiros, no geral e, em particular, no serviço de urgência. Também, quando mencionamos nos nossos escritos a palavra clínica é para mostrar o papel do enfermeiro na responsabilização e preocupação com os problemas do outro e com intenção visível de os solucionar, adequando a sua ação.

A clínica é desenvolvida pelos enfermeiros de urgência que se propõem ajudar as pessoas que precisam, sendo um somatório de boa vontade, de inteligência, de experiência e profissionalismo com base na reflexão, no intuito de desenvolverem estratégias para a *práxis* clínica do cuidar. Também, é do conhecimento que outros desenvolvem ação clínica, mas tal como afirma Merleau-Ponty (1993) o mundo que o olho vê estará sempre na perspetiva do olho que vê o mundo, logo a intervenção clínica dos enfermeiros será sempre espelho da sua construção científica e da sua forma de ver a pessoa e o seu contexto. E, ainda nas palavras de Michel Foucault (1977:59) "A clínica, ...é o constante olhar sobre o doente". Os enfermeiros na urgência são peritos na observação e na vigilância contínua de quem cuidam e o seu olhar clínico constante é um protetor do bem-estar do seu centro de cuidados – *a Pessoa*.

Em relação à natureza da intervenção terapêutica de enfermagem no serviço de urgência ela é multifocal, ou seja, os enfermeiros centram a sua atenção na pessoa, na família e alargam-na à interface destes com outros profissionais e com a organização. E ainda, às pessoas que estão à sua volta nos diferentes setores onde desempenham funções (triagem, salas de emergência, balcões e unidade de observação). Tal como está espelhado na Figura 15.

Figura 15 – Carácter multifocal da Intervenção Terapêutica dos Enfermeiros



Também, podemos afirmar que esta intervenção é de natureza processual, pautada por uma atitude terapêutica de natureza complexa, dinâmica e contextual.

É de natureza processual na medida em que se desenvolve no tempo, numa construção contínua e sistemática, vai-se construindo de modo dinâmico por elementos de natureza diversa. Neste âmbito, qualquer um dos componentes constituintes da intervenção do enfermeiro no estudo apenas é entendível no contexto dessa mesma totalidade. Esta característica é constatável na prática e enquadra-se na perspetiva defendida por vários autores de agir como uma totalidade (Schön, 1998; Le Boterf, 1995; Benner, 2001). Corroborando ainda, Carper (1978) e Bishop & Scudder (1991) quando definem os padrões de conhecimento em enfermagem e ao assumirem que cada ação está imbuída dos diferentes padrões de conhecimento e, essa ação deve ser entendida como um todo para poder fazer sentido.

Ao assumirmos que a intervenção de enfermagem no serviço de urgência é terapêutica, estamos a fazê-lo porque assumimos que ela traz benefícios concretos para a saúde das pessoas, neste contexto de estudo (ação). E, ela está assente em dois pressupostos:

- I) O primeiro ligado ao conceito de saúde que abrange toda a dimensão holística e dinâmica da pessoa, em prol do bem-estar, à semelhança das definições propostas por algumas das teóricas de enfermagem (Neuman, 1982; Rogers, 1970; Watson, 1981, 1985, 1988);
- II) O segundo pressuposto tem a ver com a comparação entre os dados resultantes das entrevistas aos enfermeiros e da observação, onde se constatou que os enfermeiros procuram sempre através das suas competências dar resposta às necessidades das pessoas para otimizarem o seu bem-estar.

Por este conjunto de razões, estamos convictos de que a intervenção dos enfermeiros no serviço de urgência tem características terapêuticas e contribui claramente para o processo de saúde das pessoas. Evidentemente, que as referidas características terapêuticas merecem ser submetidas a mais investigação, para clarificar e comparar estes componentes, bem como para uma inequívoca caracterização dos seus diversos componentes.

A complexidade do *Processo de Intervenção Terapêutica de Enfermagem* justifica-se como forma de resposta à natureza igualmente complexa das situações com que se confronta. Esta é complexa na medida em que estão envolvidas diferentes variáveis, coexistindo um elevado número de interações entre os atores e, é constituída por múltiplos elementos de natureza técnico-instrumental, os relacionais, os de gestão de informação e tempo, a vivência do processo e, ainda a acrescentar, os aspetos relacionados com as características do contexto.

Neste sentido, destacamos os objetivos primordiais do *Processo de Intervenção Terapêutica de Enfermagem* no serviço de urgência:

- a. Gerir o risco de vida;
- b. Gerir a informação;
- c. Gerir o tempo;
- d. Promover o conforto e a confiança;
- e. Gerir as emoções;
- f. Promover a autonomia.

De facto, é compreensível pela complexidade desta matéria que os objetivos sejam múltiplos face a cada intervenção e, podem ter maior ou menor preponderância, mediante o contexto (setores) e a situação clínica (Nível I ou Nível II). Por exemplo, a triagem da pessoa pode ter várias finalidades, a primeira direcionada para o risco de vida da pessoa que recorre à urgência e as restantes com a gestão e organização dos cuidados de saúde. Senão vejamos, em primeiro lugar pretende-se dar resposta às necessidades da pessoa e iniciar a relação entre o enfermeiro

e pessoa e; num segundo lugar, organizar os cuidados no serviço por forma a otimizar a rapidez de resposta da instituição.

Passamos agora à caracterização dos objetivos face ao que existe na literatura:

a. Gerir o risco de vida

O primeiro objetivo a que faremos referência é a *gestão do risco de vida*, que já foi amplamente justificado mais atrás. Isto tem a ver com a prioridade e missão do serviço de urgência – diminuir riscos para a vida e atingir bem-estar das pessoas. Tal como Ponce & Teixeira (2006:8) referem que a missão do serviço de urgência é “*o tratamento das ocorrências de instalação súbita com risco de estabelecimento de falência de funções vitais, as situações urgentes, e situações de instalação súbita em que existe, estabelecido ou iminente, o compromisso de uma ou mais dessas funções...*”.

É face a estas circunstâncias que os enfermeiros desenvolvem a sua ação, em torno da vida das pessoas, evitando complicações de saúde atuais e futuras. Este aspeto amplamente focado nos discursos e visível através da observação participante. Os enfermeiros desenvolviam a sua ação em prol da proteção pela vida das pessoas e do seu bem-estar atual e futuro.

b. Gerir informação

A informação nos cuidados de saúde tem sido exponencialmente descrita como sendo um vetor que contribui para ganhos em saúde da população. Neste caso a gestão de informação dos enfermeiros no contexto de urgência, não é mais do que todo o processo de colher dados, gerir, transmitir e adequar para tomar decisões e, manter a pessoa e sua família informadas sobre a situação clínica.

Decerto, a informação é colhida em diferentes fontes de informação (pessoa e sua família, processo clínico informático, outros profissionais) e, sistematicamente confrontada com evidência científica. Tudo isto, é usado em consonância com o conhecimento empírico e experiencial para benefício da qualidade da sua prática profissional. Tal como é dito por Guimarães & Évora (2004: 74), “A informação é um recurso primordial para a tomada de decisão”. Neste sentido, nas instituições de saúde, a informação é utilizada como um recurso na medida em que influencia fortemente a qualidade de todas as tomadas de decisão, quer seja a nível clínico, institucional ou de gestão.

Neste caso concreto, as informações no geral têm duas finalidades: o enfermeiro colhe informação para analisar e conhecer melhor aquela pessoa e, potenciar a compreensão acerca

da situação clínica e, depois fornecer informação relevante à pessoa e sua família para as integrar e torná-las participantes ativas no processo de saúde-doença.

Paralelamente, a informação é um recurso extremamente importante na comunicação entre enfermeiro, pessoa e família e contribui para a construção da relação terapêutica entre eles. Assim sendo, é importante que a informação recolhida na prestação de cuidados possa ser utilizada nas suas diferentes finalidades (Simões & Simões, 2007). Depois é crucial salientar que as instituições devem promover condições para que os profissionais possam ter acesso à informação necessária ao seu processo de tomada de decisão em tempo útil, de forma segura, clara, credível, de forma a garantir uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Por outro lado, é essencial que esses profissionais concedam aos interessados (pessoas e suas famílias) toda a informação pertinente, não só inerente à situação clínica em presença, como ainda, aumentando a sua literacia em saúde através de ensinamentos. Mais se acrescenta que, existem autores (Beerman, 1998; Brunt et al., 1999; Berg, 2001; Donabedian, 2003), que vinculam que as informações têm fortes impactos nas diversas dimensões da qualidade assistencial, nomeadamente na continuidade de cuidados.

No presente trabalho os enfermeiros recorriam à consulta do processo clínico anterior para complementar informação e melhorar a ação, e ainda puderem adequar melhor as suas intervenções. Esta importância do interesse pela continuidade tem sido utilizada na literatura de forma multidimensional (Starfield, 1980; Wall, 1981; Fletcher, O'Malley & Fletcher, 1984; Ruane & Brody, 1987).

Neste caso, embora a vinda à urgência possa seja episódica, os enfermeiros referem que existem vários casos em que elas são frequentes. Logo esta continuidade de cuidados é importante, quanto mais não seja a continuidade de cuidados desde a entrada na urgência até à alta clínica. Tal como Banahan & Banahan (1981), argumentam que a continuidade nos cuidados podia ser vista como uma “atitude contratual”, ou seja, como um aspeto implícito do contrato tácito de assistência que se estabelece quando a pessoa é internada ou recorre aos serviços de uma instituição.

Esta assunção adequa-se à vivência da pessoa no serviço de urgência, desde a entrada na sala de triagem até ao momento da alta. Realmente, os enfermeiros são, sem sombra de dúvida, o maior grupo profissional dentro das instituições de saúde, que para além de fornecerem cuidados de enfermagem, têm um interesse constante na coordenação global dos cuidados às pessoas (Carapinheiro, 1993; Basto, 1998). Por isto e pela proximidade que têm junto das pessoas são detentores de grande volume de informação relevante. Esta sua capacidade de

apurarem informação e analisarem traz enormes vantagens para a sua intervenção, mas também para a de outros profissionais.

Naturalmente, a informação é importante, contudo, é crucial pensar qual a informação que se deve disponibilizar às pessoas e qual o momento certo. Benner (2001), no seu trabalho enquadra esta função do enfermeiro no domínio, “Função de Educação e Guia”, incluindo a capacidade de discernir o momento próprio para a pessoa receber a informação; o ajudar a pessoa a interiorizar as implicações da doença e da cura no seu estilo de vida; saber como a pessoa interpreta a doença; fornecer uma interpretação do estado do doente e dar as razões para o tratamento. De facto, estes aspetos focados por Benner (2001), estão bem visíveis nos discursos dos enfermeiros neste trabalho, em que eles mencionam que escolhem o local específico para fornecerem informações. Também, por vezes evitam algumas perguntas durante o ato de triagem, pois não lhe parece o momento adequado.

Também, Orem (1987), Roy & Andrews (2001), Neuman (1982), defendem que a educação do doente é uma ferramenta extraordinariamente útil para a pessoa lidar com as contrariedades da doença. Na perspetiva de Watson (1985) a educação para a saúde é uma função de excelência no desempenho dos enfermeiros. Como é facilmente compreensível no serviço de urgência a função de transmitir informação e de educação assume contornos bem particulares, nomeadamente no *Tempo* que o enfermeiro dispõe para crivar que informação deve dar à pessoa.

Relativamente a este assunto os enfermeiros entrevistados dizem que aproveitam todos os momentos para transmitir elementos de natureza cognitiva e outros que podem facilitar o lidar com a situação. Nesta perspetiva, relembramos Peplau (1990) que alerta para o potencial de aprendizagem inerente ao desenvolvimento do processo de relação enfermeiro-doente. Também Vaughan (1991) denomina "educação terapêutica", que consiste na atitude do enfermeiro numa relação de proximidade em que desenvolve um processo de ensino orientado para as necessidades do doente. A autora entende que esta abordagem tem elevado potencial terapêutico, com repercussões na gestão do *stress*, na qualidade de vida e no desenvolvimento pessoal. Assim, mediante o anteriormente exposto, pudemos dizer que quer a proposta de Benner (2001), quer a de Vaughan (1991) como a de Watson (1985), parecerem particularmente sobreponíveis ao modo como caracterizamos a *Gestão da informação*, nomeadamente no que diz respeito à sua relação com a *Gestão de emoções*, e ao modo integrado, continuado, sistemático como se entrecruzam.



c. Gerir o tempo

O tempo no serviço de urgência tem um valor extraordinário em todos os setores de urgência. Porém, nas salas de emergência tem maior preponderância pela premência da imediatibilidade das intervenções ao evitar danos na saúde da pessoa. Assim, destacamos a noção *Tempo*: o tempo limitado para agir que aparece como uma condição *sine qua non* para salvar a pessoa com um determinado problema de saúde; ou o pouco tempo disponível para agir antes que a situação se agrave. De facto, o *Tempo* no serviço de urgência está intimamente ligado com: a necessidade de identificar rapidamente o problema da pessoa; perceber há quanto tempo existe; que intervenção ou intervenções são imediatas e; que profissionais são necessários para intervir. Efetivamente, este panorama temporal é caracterizador da intervenção nos serviços de urgência.

Importa frisar que, na maioria dos casos não se pode saber em que momento, nem como, se pode desencadear uma situação de urgência. O que exige dos enfermeiros, um estado de alerta permanente, que perante o evento inesperado se tome consciência dele e, portanto, se tome a decisão certa e se possa agir em conformidade. Este cenário de alerta constante acarreta ao enfermeiro competências de cariz técnico-científico, comunicacionais, como ainda, competências de ordem emocional para saberem lidar com a situação sem perderem o controlo.

No decorrer deste trabalho percebemos que os enfermeiros gerem o tempo em prol do bem-estar da pessoa e de acordo com o contexto. Ou seja, eles usam estratégias para priorizar as situações que exigem intervenção imediata, estabelecendo objetivos para cada uma delas, gerindo assim, os casos clínicos. No entanto, é fundamental lembrar que a grande prioridade do serviço de urgência serão sempre as situações em que a vida da pessoa esteja em risco. Visto que, o *Tempo* seguro para agir nestes casos é mais curto. Os participantes do estudo mostraram claramente esta noção e obrigatoriedade de gerirem o tempo e de se adaptarem em função do setor onde estão a trabalhar.

Ao olharmos para a importância que o tempo assumiu neste trabalho, no antecipar de complicações e na identificação de problemas num tempo curto, revemos aquilo que Benner (2001) e Benner & Wrubel (1989), mencionam sobre a capacidade do enfermeiro perito na deteção e ação precoce sobre as pessoas que apresentem sinais de agravamento. E, ainda Benner (2000) entende que a antecipação de crises, riscos e vulnerabilidades, ou seja, a capacidade de premeditação clínica, é central. Posteriormente, também Queiroz (2005: 90), salientou que uma das competências dos enfermeiros peritos é “a capacidade de antecipação,

perspicácia, fazem uso da observação discriminada, rapidez na ação e competência na definição de prioridades”.

d. Promover o conforto e a confiança

A promoção do conforto e confiança estão intimamente ligadas à intervenção do enfermeiro no serviço de urgência. Pois, as manifestações de preocupação e interesse que os enfermeiros demonstram pelo outro, promovem condições positivas para que a pessoa confie e se desencadeie de forma quase espontânea, a relação de confiança. Este processo culmina numa sensação de bem-estar que é gerado por esse calor humano que o enfermeiro provoca, resultado da sua intervenção. Na promoção do conforto e na promoção da confiança os enfermeiros têm sempre a mesma intenção, implementar intervenções que tornem a experiência no serviço de urgência a menos penosa possível. Para tal, aliviam sintomatologia, concedem privacidade da pessoa e presença da família com ambição de dar à pessoa o melhor conforto. Tal como é referido na Teoria do Conforto por Kolcaba (2003), é uma forma de aliviar, dar tranquilidade e transcendência em quatro contextos (físico, psicoespiritual, social e ambiental), ou seja, “(...) muito mais do que a ausência de dor ou outros desconfortos físicos”. Neste sentido, parece-nos claramente visível a proximidade de conceito de conforto de Kolcaba (2003) com aquilo que foi mencionado como estratégias dos enfermeiros no proporcionar de conforto à pessoa durante a permanência no serviço de urgência.

No que se refere à promoção da confiança é dito por diferentes autores (Graham & Jack, 2008; Bowren, 2008; Bell e Duffy, 2009), que os cuidados de saúde devem estar sedimentados em confiança. O que é compreensível e adequado no atendimento no serviço de urgência, visto que a pessoa se depara subitamente com uma situação inesperada que em alguns casos está em causa a própria vida. Portanto, é fundamental que a pessoa possa, imediatamente ou quase no imediato, sentir confiança nos profissionais e nos cuidados.

Geralmente, cabe ao enfermeiro este papel de iniciar este processo de relação de confiança, por ser o profissional mais próximo da pessoa, por estar mais tempo junto dela e, ainda em consonância com as diretrizes da própria profissão. De facto, a relação terapêutica estabelecida deve ser baseada na confiança e no apoio, aumentando a motivação da pessoa para assumir o controlo sobre o seu processo de saúde-doença (Bell e Duffy, 2009). Estas circunstâncias são promotoras de maiores ganhos em saúde através da rapidez de sucesso de resultados.

Atualmente, os enfermeiros desempenham um papel decisivo nas instituições de saúde. Eles desenvolvem atividades de educação terapêutica para os capacitar para a promoção da

autonomia na gestão da doença crónica, na prevenção de potenciais complicações, o que poderá conduzir a um aumento da sua qualidade de vida (Bell e Duffy, 2009). Estes componentes mencionados pelos autores estão bem presentes nos discursos dos enfermeiros no serviço de urgência, ao identificarem que a explicação de sintomas é uma estratégia para aumentar a confiança, ao estimularem o compromisso e negociação para a adesão nos cuidados propostos, e o próprio envolvimento da família para que a pessoa se sinta segura e mais confiante. Tal como é referido pelos autores (Graham & Jack, 2008; Honoré, 2004), o termo confiança reflete o processo que resulta da perceção individual da pessoa relativamente à atenção de determinado enfermeiro no cuidar, sendo aquilo que também encontramos nos achados, *Mostra interesse e Mostra controlo nos cuidados e no ambiente*.

Naturalmente, existem vários autores que consideram a confiança como pilar estruturante para a relação terapêutica competente (Hennessy e Gilligan, 1994; Lopes, 2006; Sapeta, 2011). De frisar, o que Honoré (2004) e Sellman (2007) nos dizem em relação à predisposição das pessoas, ou seja, a disponibilidade para a pessoa confiar, é a primeira qualidade para a construção de uma relação de confiança, afirmando-se como resultado de uma relação de parceria, simétrica e situada no tempo, em que ambos estão envolvidos.

Por isso, nos nossos achados os participantes salientam que o primeiro cumprimento na triagem é extraordinariamente importante para se dar início à relação entre enfermeiro, pessoa e família. Evidentemente, reforçamos uma ideia central, a profissão de enfermagem é uma profissão de ajuda, logo impõe-se aos enfermeiros a mobilização de competências essenciais para a relação do cuidar, e consequentemente, transmitir ao outro a segurança e tranquilidade para poder confiar em si e nos cuidados de saúde. Isto que acabamos de relembrar é transversal aos vários contextos de cuidados. Tal como, assumem Honoré & Tarlier (2004), o cuidar em enfermagem marca o interesse pelos outros e tem um sentido para aqueles a quem diz respeito, de forma a satisfazer as suas exigências com a disponibilidade própria de um compromisso, com o respeito mútuo e a motivação.

A relação entre o enfermeiro e a pessoa cuidada tem subjacente uma complexidade de emoções (Bowren, 2008), elencadas num ponto comum: o estabelecimento de uma relação de confiança enfermeiro/pessoa (Honoré, 2004). O enfermeiro mobiliza as competências intrínsecas à sua profissão, uma vez que ele próprio é um instrumento terapêutico da relação do cuidar (Meleis, 1991; Lotzkar & Bottorff, 2001; Lopes, 2006).

Assim sendo, é um elemento promotor da qualidade, com corresponsabilização no que respeita à disponibilidade para reconhecer e assumir a vulnerabilidade e a dependência da pessoa que em si confia, que se compromete a agir de acordo com as expectativas da pessoa (Honoré, 2004).

Neste estudo, os enfermeiros mostram sistematicamente preocupação pelo bem-estar atual da pessoa e pelo seu futuro, isto radicado no seu compromisso profissional de obrigação em preservar a saúde das pessoas. Efetivamente, é também dito que as pessoas confiam nos enfermeiros pelas atitudes que demonstram na preocupação pelo seu semelhante, bem como, pelos valores éticos inerentes à profissão e a sua responsabilidade social.

Esta reflexão sobre os dados permite-nos afirmar que a promoção do conforto e da confiança são tidos no contexto do serviço de urgência como pilares estruturantes para intervir nos diferentes setores de urgência. Estes dois componentes são preponderantes para o bem-estar da pessoa, ao serem promovidos cuidados de conforto e ao implementarem a relação de confiança. No seu conjunto contribuem para uma adesão mais célere aos cuidados propostos, e consequentemente, para se concretizem os objetivos terapêuticos.

Evidentemente, tudo isto otimiza o sucesso das intervenções de enfermagem e de resultados, conduzindo a ganhos em saúde. De relembrar que, nos seus discursos os enfermeiros mencionaram, algumas vezes, que a falta de tempo é limitante para darem resposta a todas as solicitações. No entanto, frisam que mesmo quando não têm tempo, demonstram disponibilidade e mostram que entendem a necessidade da outra pessoa, dizendo-lhes que voltam logo que possível. Esta atitude de mostrar interesse é apaziguador e terapêutico no serviço de urgência.

#### e. Gerir emoções

A *gestão de emoções*, é um instrumento poderoso na intervenção do enfermeiro. Pois a vinda ao serviço de urgência é frequentemente desorganizadora da vida da pessoa. Portanto, prefigura-se como um obstáculo aos seus objetivos de vida. Aparentemente, intransponível através dos métodos que, habitualmente, usa para resolver os seus problemas, daí surgir o medo, a ansiedade, a angústia, etc. É neste âmbito que o enfermeiro usa as suas capacidades para a gestão de emoções da pessoa, e usá-las em benefício do processo de saúde-doença. A intervenção dos enfermeiros no que se refere à gestão de emoções é destacada e caracterizada em diversos autores de enfermagem (Benner & Wrubel, 1989; Plant, 2001; Wells, 2001).

Habitualmente, os problemas que acometem a saúde geram *stress*. Lazarus (1979) no seu modelo explicativo diz que o *stress* resulta da avaliação que o indivíduo faz das necessidades com que se confronta, e das capacidades que possui para lidar com as mesmas. Esta avaliação é de natureza cognitiva e desenvolve-se em dois níveis distintos: I) é avaliada a necessidade, considerando o significado que a mesma tem na vida da pessoa; II) são avaliados os recursos de que dispõe para responder àquela necessidade. O modelo assume que tonalidade emotiva terá características positivas, se a pessoa percebe que tem capacidades para lidar com a situação. No outro polo, a tonalidade será negativa se a pessoa concluir que não consegue lidar com a situação. É nestas circunstâncias que surgem emoções como a angústia, a raiva, a depressão, a ansiedade, entre outros.

De facto, nas entrevistas os enfermeiros mencionam que observam nas pessoas este leque de emoções. Naturalmente, pela surpresa da vivência de situação de doença. Daí na intervenção do enfermeiro ser crucial o desenvolvimento de capacidades nas pessoas, de forma precoce. Estas ações permitem compreender o que está a acontecer, e assim, desmistificá-las e racionalizá-las. É expectável que numa primeira perceção a pessoa entenda que não possui recursos para dar resposta às incapacidades que está a sentir (avaliação negativa das suas próprias capacidades). Assim, o enfermeiro age em dois eixos: ajuda a pessoa a reavaliar as suas capacidades e reforça ou auxilia no desenvolvimento de emoções de forma construtiva.

Estas estratégias implementadas pelo enfermeiro estão em consonância com Meleis & Schumacher (2010), onde assumem que compete ao enfermeiro preparar e informar as pessoas. Para tal, promove um processo de aquisição de novas competências relacionadas com a experiência de transição. Também Benner (2005) aponta a função de educação e orientação como um dos domínios dos cuidados de enfermagem, referindo que esta intervenção permite que a pessoa atinja um melhor nível de preparação para as situações de doença. O que significa a capacitação das pessoas aos mais diversos níveis para lidarem com a situação com que se confrontam.

#### f. Promover a autonomia

A promoção da autonomia aparece nos cuidados de enfermagem intimamente ligada ao desenvolvimento de competências da pessoa, no ser capaz de se autocuidar. Este autocuidado engloba a componente de perceber quais as suas reais capacidades, de decidir por si e agir em conformidade. É neste sentido que os enfermeiros identificam nas pessoas as suas necessidades em termos de cuidados, e realizam ensinamentos para torná-los independentes na sua vida diária.

Estas assunções teóricas estão amplamente exploradas na Teoria do Autocuidado de D. Orem (1973) no seu quadro concetual. De facto, seja a promoção pelo respeito da autonomia ou pelo autocuidado, eles são pilares estruturantes na intervenção assistencial de enfermagem nos diferentes contextos da prática. Por isso não foi surpreendente que os entrevistados no serviço de urgência salientassem esta componente na sua prática diária.

Apesar do foco central no serviço de urgência ser “*salvar vidas*”, os enfermeiros mostraram que existe uma grande preocupação em devolver a pessoa o mais autónoma e independente possível, ao seu ambiente natural. Assim, desenvolvem intervenções precoces para diminuir situações de incapacidade. Concomitantemente, concedem informação para as empoderar sobre a sua situação de saúde, envolvendo-as e integrando-as na tomada de decisão e nos cuidados, tornando-as efetivamente mais autónomas.

É notória a preocupação dos enfermeiros em promover a literacia em saúde. Consideram-na uma arma poderosíssima no autocuidado. Por outro lado, desenvolvem nas pessoas a compreensão sobre a missão das instituições de saúde. O que leva à sua utilização de forma adequada. Mais importante ainda, é o discernimento que cria nas pessoas o saberem reconhecer hábitos de vida nocivos à saúde e no identificar de sinais e sintomas que possam ser sugestivos de um problema que requer cuidados assistenciais.

Efetivamente, durante a observação participante verificou-se que os enfermeiros aproveitavam todos os momentos para fazer ensinamentos e empoderar as pessoas que recorriam ao serviço de urgência, logo a partir da consulta de triagem.

Relativamente à preservação deste interesse pelo bem maior das pessoas, que é a saúde, temos um estudo de Silva (2013), que mostrou que a satisfação do utente está diretamente relacionada com a forma como a equipa médica, o informa a ele e família. No que se refere ao processo da doença, do seu tratamento, a possibilidade do doente e a família serem autorizados a participar nas decisões terapêuticas. Portanto, esta estratégia de envolver e esclarecer as pessoas sobre e no processo de saúde/doença assume, mais uma vez, um valor extraordinário.

Também, Donabedian (1988) diz que a boa estrutura aumenta a possibilidade de se conseguir um bom processo, e um bom processo aumenta a possibilidade de se conseguir um bom resultado. Sendo que, a estrutura engloba os componentes do cenário onde decorrem os cuidados e os recursos (condições físicas, humanas e organizacionais); o processo implica a utilização de recursos nos moldes em que são dados e recebidos os cuidados. Ou seja, é tido em conta o contexto e a dinâmica do cuidado, incluindo métodos de diagnóstico e cuidados prestados.

### 3.8 O PROCESSO DE AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA, PROCESSO DE INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA DE ENFERMAGEM E A RELAÇÃO ENFERMEIRO-PESSOA NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA

A relação do enfermeiro com a pessoa no serviço de urgência foi caracterizada anteriormente. No entanto, é fundamental clarificar a articulação dos diversos elementos desta relação dentro do *Processo de Raciocínio Clínico* e, ao mesmo tempo, entender como acontece este *Processo de Relação Enfermeiro-Pessoa* no contexto de urgência.

Como ponto prévio, torna-se necessário explicar que o processo de relação entre enfermeiro e pessoa é privilegiada. Portanto, a relação mais importante, dado que o centro de cuidados do enfermeiro é a pessoa. Esta relação de cumplicidade e confiança que se cria faz emergir informações valiosas e únicas sobre a pessoa que está sob cuidados. De referir que, inicialmente, o enfermeiro e a pessoa não se conhecem. Neste sentido, é uma relação que se constrói entre duas pessoas desconhecidas, mas com papéis claramente definidos.

Nos discursos dos participantes fica evidente a ideia de que as pessoas cuidadas confiam nos enfermeiros. E que a relação se encontra facilitada por esta circunstância, progredindo assim, quase espontaneamente para uma relação de confiança. De frisar que, qualquer que seja o setor no serviço de urgência, o contacto da pessoa com o enfermeiro é, muitas vezes curta, não indo muito além das 6 horas. Com isto, não queremos dizer que a relação entre eles seja frágil, pelo contrário, os aspetos envolventes conduzem a que rapidamente a pessoa se entregue “*nas mãos do enfermeiro*”, como aparece dito nas entrevistas.

De facto, a relação do enfermeiro-pessoa-família é cada vez mais valorizada e considerada na garantia da qualidade dos cuidados prestados às pessoas, assumida como parte integrante do processo diagnóstico e terapêutico (Potter & Perry, 2006; Lopes, 2006; Sapeta, 2011). Gadamer (1994) salienta a importância de refletir sobre a humanização dos cuidados de saúde para uma maior sensibilidade no sofrimento das pessoas e no entendimento da relação entre todos.

Os participantes dizem que a comunicação é um elemento essencial para se estabelecer uma relação de confiança precocemente, para tal, promovem estratégias de empatia com a pessoa e/ou família. Efetivamente, a comunicação é uma intervenção autónoma de enfermagem e um instrumento poderosíssimo em todos cuidados de saúde, o que é manifestamente importante, também, nos serviços de urgência. As relações interpessoais que se estabelecem através da comunicação facilitam o processo terapêutico, otimizando a perceção do outro e o reconhecer

das suas atitudes e emoções. Estes componentes são excelentes para ajudar no processo de recuperação.

A interação enfermeiro-pessoa é um instrumento de cuidados que se operacionaliza através da comunicação, trabalhando em uníssono com o objetivo de atender às necessidades sentidas, diminuindo níveis de ansiedade e de medo do desconhecido (Peplau, 1952). Criando um vínculo de confiança e compromisso na tríade enfermeiro-pessoa-família.

Os nossos dados informaram que as estratégias comunicacionais no serviço de urgência proporcionam uma prática de enfermagem mais humana. A pessoa cuidada é considerada como um ser portador de experiências próprias, expressas por linguagem verbal ou linguagem não-verbal. Também, percebemos que no serviço de urgência, apesar das limitações temporais, os enfermeiros conseguem estabelecer laços fortes com as pessoas e obter da sua parte o consentimento, o empenho e o compromisso na adesão aos cuidados de saúde.

Peplau (1952) na Teoria das Relações Interpessoais afirma que no desenvolvimento da relação enfermeiro-pessoa no processo de cuidados, o enfermeiro tem a oportunidade de potenciar com a pessoa uma comunicação terapêutica adequada e eficaz. Na perspetiva de Lopes (2006), os enfermeiros promovem relações de confiança com a pessoa e sua família no processo de cuidados, pois visam a melhoria, a mudança e a excelência dos cuidados de enfermagem, assim como a expressão de sentimentos. Lopes (2006:311) refere que os utentes consideram que fatores de natureza afetiva melhoram a relação, como sejam, a simpatia, o carinho, a alegria e a personalização. Os enfermeiros afirmaram que uma *“atitude clínica proactiva”*, *“aproximação por similitude”* e *“aproximação por sensibilidade”* são essenciais na construção da relação enfermeiro-utente. No que se refere à *“atitude clínica proactiva”* ela engloba a disponibilidade e proximidade, a competência e a capacidade de avaliação. Relativamente, ao utente a *“aproximação por similitude”* está muito ligada à empatia de vivências. Na *“aproximação por sensibilidade”* destacando assim, a sensibilidade para a situação do utente e compreensão das suas dificuldades.

Neste sentido, entendemos que a disponibilidade do enfermeiro é crucial para a escuta ativa da pessoa, percecionando as suas reais necessidades que é um facto imprescindível à relação de ajuda (Ribeiro, 2008). Para tal, o enfermeiro no serviço de urgência deve ter capacidade de apreensão das mensagens significativas das pessoas, sejam elas emitidas de forma verbal ou por linguagem corporal, e ainda, deve ter atitudes de atenção, compreensão e ajuda.

Também, Mendonça *et al.* (2016) dizem que a intervenção de enfermagem é mais eficaz se for desenvolvida através de uma relação efetiva em que é promovida uma relação de confiança do



enfermeiro com a pessoa (interação mútua). Esta circunstância permite que a pessoa confie e partilhe toda a sua história ou informação atual, simplificando o processo de raciocinar do enfermeiro sobre a situação clínica. Adicionalmente o envolvimento da família no processo de cuidar traz benefícios para a pessoa, que se sente apoiada e fortalecida pela presença do familiar e, ao mesmo tempo, ajuda na tomada de decisão, fornecendo informações pertinentes e responsabilizando-se (Mendonça *et al.*, 2016:262).

De facto, o cuidar em enfermagem apela a uma diversidade de capacidades e poderes, Benner (2001) identifica-os da seguinte forma: o poder de transformar; o cuidar na reintegração; a advocacia; a relação terapêutica no âmbito da recuperação, cura e promoção da saúde; o poder de participação/afirmação e o de resolução de problemas. Estes poderes são coincidentes e estão evidenciados nos nossos dados nas funções do enfermeiro no serviço de urgência, nomeadamente, estimulando as pessoas a falarem sobre os seus problemas, a advocacia e a relação terapêutica estabelecida para a rápida recuperação.

Naturalmente, os achados mostraram que os participantes valorizam e usam todos os seus conhecimentos para o bem da pessoa (conhecimentos técnico-científicos, comunicacionais, emocionais, etc.). Para além destes, o recurso à tecnologia é uma forma para obterem domínio sobre o corpo daquela pessoa e terem tempo disponível para a relação terapêutica.

Passamos a explicar, a monitorização permanente é uma estratégia central do poder disciplinar, para a segurança da avaliação de parâmetros vitais e, simultaneamente, concede liberdade mental ao enfermeiro para conhecer melhor a pessoa de quem cuida. Evidentemente, a utilização de vários equipamentos e tecnologia para a prestação de cuidados, faz parte do quotidiano para otimizar níveis de segurança e qualidade. De facto, o assunto acima citado tem sido objeto de discussão sobre a possibilidade de desumanização dos cuidados com o uso destas ferramentas, sendo vistas como um impedimento na proximidade com as pessoas.

Nesta preocupação Locsin (2005) criou um modelo concetual *“Technological competency as caring in nursing”* caraterizado por explicar e enfatizar a coexistência harmoniosa da tecnologia no ato de cuidar em enfermagem. Este associar da competência profissional à tecnologia é intencional para promover uma prestação de cuidados de melhor qualidade e mais abrangente, e mostra que não prejudica os cuidados humanizados e de proximidade. A autora salienta que a tecnologia otimiza o conhecimento e a colheita de dados acerca da pessoa como um todo. Como já vimos mais atrás, os participantes veem a tecnologia na urgência como uma forma de estarem libertos e se sentirem seguros quando conversam com as pessoas e, simultaneamente, são formas de confirmar algumas pistas.

Também, o uso de tecnologia envolve a aplicação de um corpo de conhecimentos científicos e de experiência clínica que geram benefícios a um custo socialmente suportável com o mínimo de riscos (Donabedian, 1990, 2003).

A monitorização contínua das pessoas nos serviços de urgência tem sido reconhecida como fundamental para a gestão do risco clínico, visto que otimiza a segurança do atendimento. Portanto, não pode ser vista como um obstáculo à relação terapêutica entre enfermeiro e pessoa. Por certo, nos dados resultantes das entrevistas constata-se que os enfermeiros referem ter pouco tempo para se relacionarem com as pessoas e suas famílias, o que lhes provoca sentimentos de angústia e de incapacidade. Mas este facto, não está exclusivamente relacionado com a tecnologia, reside mais na escassez de recursos humanos.

A relação entre enfermeiro e a pessoa no serviço de urgência inicia-se de forma formal, num primeiro momento na consulta de triagem. Nos momentos seguintes nos diferentes setores. A relação pode ser formal ou informal. No entanto, em qualquer dos casos, esta relação é de natureza processual. Nesta perspetiva, constatamos através da análise dos dados que a relação terapêutica entre enfermeiro e pessoa é um processo que se desenvolve em três fases sequenciais, com características próprias, ainda que com fronteiras indefinidas. I) Início da relação; II) Corpo da relação; III) Fim da relação.

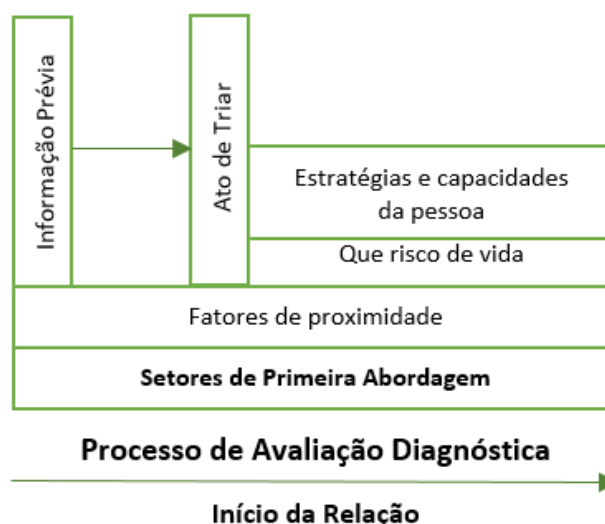
- I) **Início da relação** acontece nos setores de primeira abordagem (sala de triagem e salas de emergência). Esta relação começa desde a tomada de consciência do enfermeiro acerca dessa pessoa, quer presencialmente, quer através do sistema informático ou via CODU (Centro de Orientação de Doentes Urgentes). Assim, o enfermeiro prepara-se previamente e recolhe informação (através do sistema informático ou a partir de outros profissionais), apelidamos esta de *Informação Prévia*. É entendível que dadas as circunstâncias ela é, geralmente, escassa. No entanto, é o suficiente na altura para se obter o nome da pessoa que é crucial para o início da relação ser personalizada. Assim, o enfermeiro vê o nome no sistema informático, a idade e o género e, em casos de ter vindo outras vezes à urgência pode consultar os episódios anteriores. Estas informações são valiosas para a tomada de decisão.

Esta fase termina após o ato de triagem. De frisar que, na sala de triagem só acontece a fase - **Início da relação**. No entanto, nas salas de emergência podem acontecer as outras fases da relação como veremos mais adiante.

A fase do início da relação assume particular importância por ter um conjunto de fatores referidos pelos enfermeiros como facilitadores de proximidade (personalização,

simpatia, interesse, domínio de conhecimentos e da tecnologia), bem como a componente do *Processo de Avaliação Diagnóstica* (Figura 16).

Figura 16 - Perspetiva do *Processo de Avaliação Diagnóstica* e o *Processo de Relação Enfermeiro-Pessoa* – Setores de Primeira Abordagem (relação privilegiada)



Os participantes referem que os fatores de proximidade são estruturantes ao desenvolvimento da relação. Considerados como fatores de natureza clínica e de natureza ética.

Relativamente aos fatores da clínica eles englobam a capacidade técnico-científica, conhecimentos sobre as tecnologias e a capacidade de resolver os problemas das pessoas. Estes fatores, têm sido evidenciados noutros estudos, como componentes essenciais aos cuidados, os autores Wilkes & Wallis (1998), assumem que o ser competente é essencial à estrutura do cuidar. Simultaneamente, no estudo de Benner (1984) a enfermeira perita é aquela que articula conhecimentos de natureza prática e teórica, e ainda, Le Boterf (1994) diz que o profissional competente é aquele que articula competências de várias dimensões.

Nos fatores éticos, os participantes manifestam que as pessoas apreciam a postura e o comportamento de interesse acerca do seu problema, *“o interesse sobre si, faz sentirem-se cuidados”* (E1\_An\_20160212). Adicionalmente a forma como o enfermeiro comunica e transmite informações. Assim, pudemos assumir que no seu conjunto eles auxiliam na construção da relação de confiança. O que condiz com o defendido por Lévinas (1969) sobre a responsabilidade de preocupação pelo outro ser humano. Também, a componente de disponibilidade e proximidade tem sido mencionada por vários autores (Swanson, 1991; Bottorff & Morse, 1994; Hesbeen, 2000; Lopes, 2006), tida como a abertura e o interesse ao outro.

Relativamente ao conceito proximidade, ele é cada vez mais frequente em diversos estudos (Morse *et al.*, 1992; Armstrong & Martin, 1996; Sourial, 1997; Denny & McGuigan, 1999; Kathleen, 1999; Easter, 2000; Miller, 2001; Lopes, 2006; Sapeta, 2011), onde é dito que a proximidade se constrói. Simultaneamente, Morse *et al.* (1992) concluíram que o compromisso é conceito central no cuidar de pessoas em sofrimento, ele auxilia na adesão aos cuidados e melhora a relação entre o enfermeiro e a pessoa. Neste estudo o compromisso com a pessoa e família é um pilar essencial para a adesão terapêutica. Também num estudo de Lopes (2006), a disponibilidade e a proximidade, a competência e a capacidade de avaliação foram encontrados como sendo fatores facilitadores na relação.

Evidentemente, existem outros aspetos que contribuem para a proximidade entre ambos. Porém no serviço de urgência ficou saliente o *interesse pela pessoa*, o enfermeiro impõe a si mesmo demonstrar à pessoa que ela é o centro da sua atenção. Este interesse permite-lhe, simultaneamente, compreender a situação clínica e o processo de socialização da pessoa. Estes aspetos auxiliam para a decisão de como acompanhar, ajudar ou intervir. Estes aspetos são bem visíveis logo no ato de triar, através do apurar de emoções, como o medo, a angústia e o *stress*. A atitude do enfermeiro de atenção e simpatia é percebida pela pessoa como sinais de respeito e acolhimento, sendo um elemento facilitador para a relação, tal como aparece dito nas entrevistas.

**Em síntese**, poder-se-á dizer que o conjunto destes conceitos referidos nos discursos dos enfermeiros são tidos como facilitadores da relação. São de natureza clínica e ética, é um misto de ambos, misturando-se na ação profissional diária, no serviço de urgência. Neste sentido, temos que o **Início da relação** é composta pelo *Processo de Avaliação Diagnóstica*, em articulação com os fatores de proximidade, e ainda, com a informação prévia.

Esta fase de início da relação possui semelhanças e diferenças com a fase inicial proposta por Lopes (2006) num estudo com utentes submetidos a quimioterapia, e ainda, com diversos autores de enfermagem (Travelbee, 1972; Chalifour, 1989; Peplau, 1990; Fischer, 2002). Mas de facto, no serviço de urgência esta fase inicial tem um objetivo primordial, criar um clima de confiança nas pessoas num curto espaço de tempo. Na perspetiva de construir uma relação que seja terapêutica. De salientar que, grande parte dos estudos nesta matéria focam que esta primeira fase pretende clarificar o problema. Contudo, no presente estudo isso não é o primordial, o que se impõe é perceber de imediato se há risco de vida, o descortinar do problema vai surgindo mais tarde. Assim, a fase inicial só se conclui depois do enfermeiro ter o mínimo de

informação para que seja possível triar e encaminhar corretamente. E nesta altura já há condições para acontecerem as fases seguintes.

- II) O **Corpo da relação**, o limite entre esta fase e a anterior é difícil de estabelecer. A baliza não é clara, não se consegue definir, pelo mesmo motivo que não conseguimos dizer quando começa ou acaba a avaliação diagnóstica ou a intervenção terapêutica.

De facto, no ato de triar num período inicial verifica-se uma atitude essencialmente diagnóstica, mas em simultâneo, iniciam-se atitudes de intervenção terapêutica. Por certo, é facilmente perceptível que o essencial da intervenção terapêutica decorra após o ato de triagem (salas de emergência, balcões e unidade de observação). Por este motivo, consideramos que o essencial do **Corpo da relação** corresponde ao período após o ato de triagem.

Esta fase é constituída fundamentalmente por dois processos coexistentes e sobreponíveis: o *Processo de Avaliação Diagnóstica* e o *Processo de Intervenção Terapêutica de Enfermagem*, devidamente caracterizados na Figura 17. Estes dois processos, como já afirmamos, coexistem em íntima relação. No entanto, o *Processo de Avaliação Diagnóstica*, tem a função de líder nos cuidados. Evidentemente este processo está sistematicamente presente e, determina o rumo da intervenção, ainda que, por vezes, seja difícil identificá-lo no desenrolar da ação.

Na fase de corpo da relação o *Processo de Avaliação Diagnóstica*, adota características diferentes das verificadas durante o ato de triagem. Pois a partir desse momento estamos perante um refinar de dados e informações de forma contínua e sistemática (Figura 17). Nesta altura, pretende-se complementar sinais, sintomas, preocupações da pessoa e emoções, e ainda, compreender intervenções, estratégias e recursos de resposta.

O *Processo de Intervenção Terapêutica de Enfermagem* atinge nesta fase a expressão máxima. É nesta altura que se clarifica a situação clínica, onde também ficam identificadas as necessidades e as dificuldades. De facto, a *Gestão do risco de vida*, *Gestão da informação* e a *Gestão do tempo*, são as categorias que assumem grande relevância para a intervenção.

Em relação a estas fases, elas são sugeridas por vários autores (Peplau, 1990; Travelbee, 1972; Chalifour, 1989; Cibanal, 1991; Lopes, 2006; Sapeta, 2011), com algumas características semelhantes às encontradas neste trabalho na fase do **Corpo da relação**. Porém, os objetivos e missão do serviço de urgência impõem a cada uma das fases características particulares. No entanto, neste trabalho ficou vinculado o já encontrado noutros, ou seja, a fase - **Corpo da**

**relação** – é a fase central da relação, pois corresponde àquela onde se desenvolve o essencial da intervenção terapêutica e a maior proximidade do enfermeiro com a pessoa.

Figura 17 - Perspetiva do *Processo de Avaliação Diagnóstica* e o *Processo de Relação Enfermeiro-Pessoa* - Setores de Segunda Abordagem (relação privilegiada)



Assim, a fase de **corpo de relação** é aquela que após se ter construído um clima de confiança, se procede a um trabalho sistemático para a resolução de problemas. Particularmente, neste trabalho o eixo central da intervenção do enfermeiro é em torno da gestão do risco de vida, e nunca esquecendo a extraordinária importância do valor do tempo usado em cada ação.

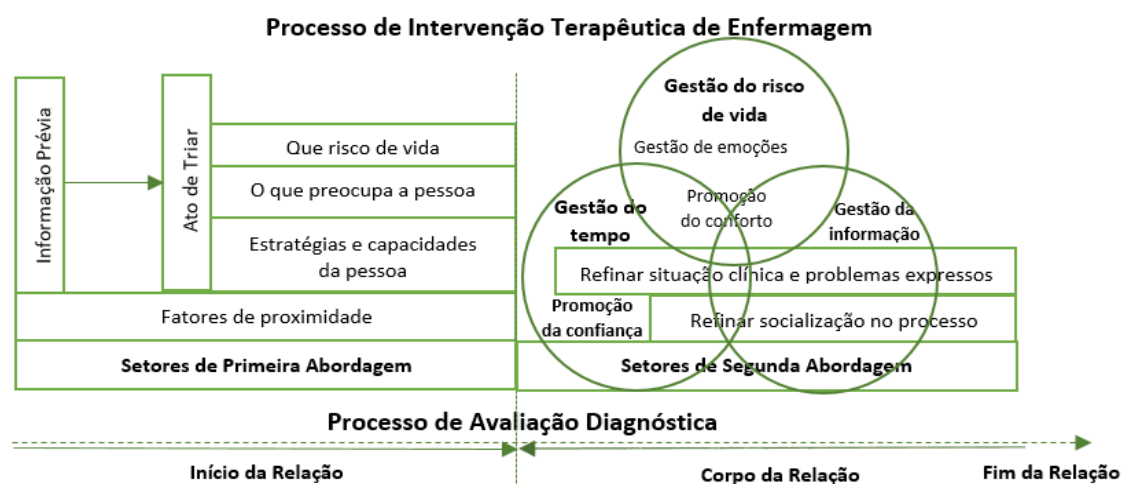
**Em síntese**, daqui depreendemos que a relação entre enfermeiro e pessoa cuidada no serviço de urgência é curta. O que obriga ao implementar de estratégias de forma precoce para se obter confiança rapidamente. No sentido de implementar os cuidados de enfermagem necessários, o mais cedo possível. Esta relação está sediada naquele objetivo *major* e específico na urgência, que é *apurar e refinar informações* para assegurar que *vida da pessoa não corra riscos*. Depois deste patamar *major* assegurado, as características da relação no serviço de urgência são muito coincidentes com o que Lopes (2006) identificou na fase do *Corpo de Relação*, ou seja, a gestão de sentimentos, a promoção do conforto, a promoção da confiança e a promoção da autonomia.

Naturalmente, nesta fase as intervenções constroem-se em função do encontrado acerca da situação clínica. Decerto, que no serviço de urgência pudemos ter duas situações distintas: aquelas que ficam resolvidas após um conjunto de intervenções ou as que provocam alterações na vida e bem-estar das pessoas (e.g. AVC com sequelas; fratura de um membro, etc.). Sob este prisma, as segundas exigem intervenções dirigidas para preparar as pessoas e família para a nova circunstância. Neste seguimento, enveredamos para a última fase, o **Fim da relação**.

III) A fase **Fim da relação** pode acontecer imediatamente após se ter dado o início da relação. Contudo, assume maior impacto após a fase do Corpo de relação, pois é nessa altura que o enfermeiro desenvolve medidas para preparar a pessoa para a alta ou transferência de serviço. Senão vejamos, nos balcões o enfermeiro administra terapêutica para uma pessoa com cefaleia que até já tenha alta clínica, assim, alerta para sinais de alarme ou gravidade, cuidados a ter nas primeiras horas, a forma como deve tomar a medicação no domicílio, etc. Neste caso, o enfermeiro, ao mesmo tempo, que desenvolve o **corpo de relação** vai operacionalizando o **fim da relação**.

De facto, nas observações efetuadas percebia-se que os enfermeiros aproveitavam todos os momentos de contacto com a pessoa e família para preparar a alta clínica ou internamento. Sendo uma particularidade do serviço de urgência, nomeadamente, em ambulatório, o enfermeiro e a pessoa, muitas vezes, só se encontram uma vez durante todo o processo, esse encontro pode ser curto. Portanto, todos os segundos são usados para preparar o **Fim da relação**. Nas salas de emergência e na unidade de observação a fase de **fim da relação** tem características ligeiramente diferentes, em termos de tempo. O enfermeiro está em contacto quase permanente com a pessoa cuidada entre 1 a 6 horas, só em casos muito excecionais, pode chegar às 24 horas. Mas, de qualquer modo, em todos os casos é crucial preparar a pessoa precocemente para a alta ou para ser transferida. A Figura 18 mostra as diferentes *Fases da Relação* e o *Processo de Avaliação Diagnóstica* e *Processo de Intervenção Terapêutica de Enfermagem*.

Figura 18 - Perspetiva do *Processo de Avaliação Diagnóstica* e *Processo de Intervenção Terapêutica de enfermagem* e o *Processo de Relação Enfermeiro-Pessoa*



**Em síntese**, o **Fim da relação** assume neste contexto algumas características que consideramos de particular relevância, como já vimos. A primeira, e mais saliente característica, é o facto de o fim da relação não estar, em momento algum, dependente da vontade do enfermeiro, nem da pessoa que recorre à urgência. Efetivamente, a relação termina, no momento em que, o episódio de urgência termina, quer seja por alta clínica, por transferência para um serviço de internamento e no limite por morte da pessoa. Mediante isto, podemos afirmar que o fim da relação entre ambos é mais ou menos previsível. Visto que, o serviço de urgência dá uma previsão de quanto tempo a pessoa poderá demorar, concedendo a possibilidade de ter uma previsão do **Fim da relação**, o que permite ao enfermeiro implementar ensinamentos sobre as incapacidades dessa nova situação, ensinamentos sobre medicação, recursos disponíveis na comunidade, etc.

Felizmente, no serviço de urgência as situações assistidas são, geralmente, de bom prognóstico, a pessoa vê o seu problema resolvido e regressa a casa. Porém, também existem os outros casos, em que lhes é diagnosticado uma doença em fase terminal ou um AVC, ficando com sequelas e dependentes de terceiros. Perante estas circunstâncias, os enfermeiros nos seus discursos dizem que ficam tristes e angustiados. Mas, é a morte de pessoas mais jovens que lhes provoca maior sofrimento. Também frisam que transmitir essa notícia à família é devastador. Evidentemente, que o lidar com estas situações de luto faz parte do **Fim da relação** entre enfermeiro/pessoa/família, sendo a situação de morte a mais complexa.

Paralelamente, os enfermeiros explicam que sofrem com a situação da morte de um doente, por se reverem naquela situação, quer pela sua semelhança de idade ou por terem um familiar em situação similar. De facto, parece ser importante refletirmos sobre este sofrimento vivido pelos enfermeiros acerca da morte, identificar que estratégias devem ser usadas para compreender como tudo isto se desenrola nos contextos e como apoiar estes profissionais. Visto que, este sofrimento pode influenciar a capacidade de intervenção terapêutica, dado que alguns frisam que pedem aos colegas para os substituírem em determinados momentos. Adicionalmente, os enfermeiros referem que, algumas vezes, não têm tempo para fazer uma pausa após a morte de um doente, pois é necessário cuidar de outro logo de seguida, isto é manifestado como sendo desgastante. Nesta perspetiva, consideramos que este assunto é de grande pertinência do ponto de vista terapêutico e, como tal, carece de estudos direcionados especificamente para esta questão.



Relativamente às estratégias usadas neste contexto pelos enfermeiros para lidar com as dificuldades queríamos destacar essencialmente duas: o *debriefing* e o partilhar a experiência com peritos ou colegas de referência no serviço.

**Em síntese**, na relação enfermeiro e pessoa cuidada no serviço de urgência destacamos algumas características: a proximidade, a confiança, a disponibilidade, o compromisso e a presença contínua. Ficaram patentes três fases da relação: O início da relação, o corpo da relação e o fim da relação. Evidencia-se, também o interesse e preocupação do enfermeiro pelo outro – a pessoa cuidada e sua família. E o desenvolvimento da relação é tido como uma intervenção terapêutica de enfermagem com enorme relevância neste contexto como pudemos constatar através dos discursos e da observação.



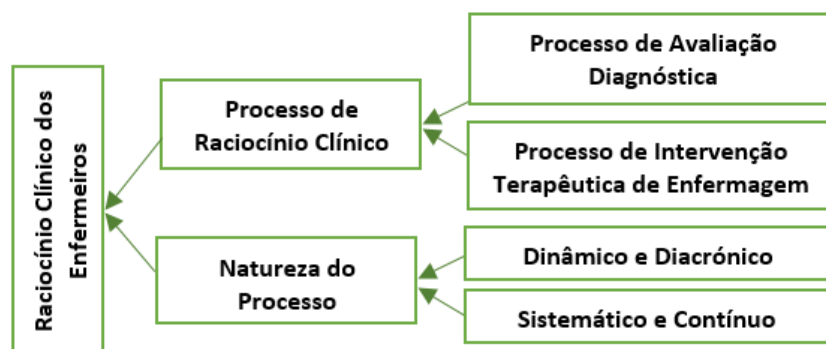
## PARTE IV

#### 4. TEORIA DE MÉDIO ALCANCE EXPLICATIVA DO PROCESSO DE RACIOCÍNIO CLÍNICO DOS ENFERMEIROS QUE TRABALHAM NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA

Um dos principais objetivos deste trabalho consistia no desenvolvimento de uma teoria de médio alcance sobre o processo de raciocínio clínico dos enfermeiros, relativo ao contexto onde a investigação decorreu, no serviço de urgência. Assim e após termos apresentado os dados resultantes da investigação desenvolvida e de os comparar com a literatura, procederemos à apresentação integral da referida teoria.

A teoria de médio alcance que propomos para explicar o processo de raciocínio clínicos dos enfermeiros no contexto de urgência, é constituída por duas componentes distintas, mas, complementares e estreitamente interrelacionadas: a *Avaliação Diagnóstica* e a *Intervenção Terapêutica de Enfermagem* (Figura 19). Este processo é explicado através da sua natureza e da forma como ele acontece no contexto através dos seus componentes (processos).

Figura 19 - Componentes fundamentais da Teoria de Médio Alcance relativa ao Processo de Raciocínio Clínico dos Enfermeiros



A natureza do processo responde ao primeiro objetivo a que nos propusemos: compreender a natureza do processo do raciocínio clínico dos enfermeiros que trabalham num serviço de urgência. Também a forma como ele acontece em torno dos componentes que o envolvem,

englobado nos seguintes elementos: *Processo de Avaliação Diagnóstica* e *Processo de Intervenção Terapêutica de Enfermagem*.

O *Processo de Avaliação Diagnóstica*, tal como mais atrás referimos, consiste na avaliação e no refinar da situação clínica da pessoa/família, reavaliando continuamente e sistematicamente. A arte de avaliação e de refinar a situação da pessoa está sediado em três perspetivas diferentes: biomédica, de ajuda e vivencial. É na variabilidade da conjugação destas três perspetivas que se constrói a perspetiva de enfermagem presente ao longo do *Processo de Avaliação Diagnóstica*. É ainda desenvolvida de modo contínuo, sistemático, dinâmico e integrado nos cuidados, em que o centro dos cuidados dos enfermeiros na urgência é a pessoa e a família. Sendo a pessoa o ator privilegiado na relação.

O *Processo de Avaliação Diagnóstica* tem em si mesmo duas características fundamentais, é o timoneiro dos cuidados e está presente continuamente, numa dimensão cronológica, ao longo de todo o processo de prestação de cuidados. Por ter estas duas características, adquire especificidade em função dos setores da urgência onde ocorre.

O *Processo de Raciocínio Clínico* operacionaliza-se no *Processo de Avaliação Diagnóstica* e no *Processo de Intervenção Terapêutica de Enfermagem*, ambos possuem características próprias em função dos setores onde se desenvolvem, por força dos objetivos clínicos inerentes a esses setores. Por sua vez, o *Processo de Intervenção Terapêutica de Enfermagem*, engloba a totalidade da intervenção do enfermeiro, dirigida à pessoa e família, bem como, à interface destes com o grupo e a instituição. Com base nesta perspetiva é agora possível redefinir o foco de atenção dos enfermeiros. Assim, pode-se afirmar que o foco principal é a pessoa e sua família, mas, é também a interface destes com a instituição e outros atores. Por estas razões, pode-se afirmar que os cuidados prestados neste contexto têm uma natureza multifocal.

O *Processo de Intervenção Terapêutica de Enfermagem* concretiza-se através de uma razoável diversidade de instrumentos, dos quais destacamos num primeiro patamar a gestão do risco de vida e a gestão do tempo. Em que o foco primordial de toda a atenção e intervenção terapêutica dos enfermeiros no serviço de urgência é assegurar que a vida da pessoa não corre riscos, e depois, é essencial respeitar o uso adequado do tempo em cada intervenção. Seguidamente, num segundo patamar para a intervenção terapêutica temos: a gestão de informação, a promoção do conforto, a promoção da confiança, a gestão de emoções e a promoção da autonomia. Estes componentes vão-se concretizando ao longo de todo o processo mediante a avaliação diagnóstica das necessidades da pessoa e da situação clínica.

Relativamente à gestão da informação ela assume um papel fundamental para alicerçar a tomada de decisão desde o ato de triar até ao Fim da relação. O enfermeiro deve estar permanentemente em alerta para apurar e refinar a entrada constante de novas informações, garantindo a segurança e qualidade dos cuidados prestados. Em relação aos outros componentes que constituem a intervenção terapêutica de enfermagem, no seu conjunto todos eles são articulados pelos enfermeiros de modo sistemático e dinâmico, em função da avaliação que fazem da situação clínica e dos problemas expressos pela pessoa e sua família (Figura 20).

Figura 20 - Perspetiva do Processo de Raciocínio Clínico dos Enfermeiros no serviço de urgência



Na esquematização do *Processo de Raciocínio Clínico* destacamos alguns aspetos:

- I) O *processo de raciocínio* clínico é composto como já vimos por dois processos; *avaliação diagnóstica* e *intervenção terapêutica*, a imagem das setas em forma circular no centro faz lembrar o cérebro humano e a comunicação entre os dois hemisféricos, traduzindo a estruturação do pensamento do enfermeiro baseado em componentes do hemisfério cerebral direito e esquerdo para a colheita de dados, a análise dos dados e para organizar a ação, depois a reflexão na ação e para a ação;

- II) Estes dois processos estão imbuídos de componentes que os operacionalizam na prática clínica, sejam eles de *carácter de avaliação* (apurar se há risco de vida ou apurar os problemas expressos pela pessoa) ou de *carácter de intervenção* (gestão do risco de vida, gestão de informação, gestão do conforto, etc.);
- III) O processo de raciocínio clínico acontece e está envolvido pela relação terapêutica entre enfermeiro, pessoa e família, ou seja, é uma parte integrante dos cuidados. Esta relação é constituída por três fases: *Início da relação, Corpo da relação e Fim da relação*;
- IV) Este processo de raciocínio clínico dos enfermeiros no serviço de urgência acontece em torno de dois tipos de cenários: *Nível I – Risco de vida* e *Nível II – Problemas expressos pela pessoa*;
- V) Os setores onde se desenrola este processo podem ser classificados em dois patamares de avaliação e intervenção, *Setores de Primeira Abordagem* e *Setores de Segunda Abordagem*.

Efetivamente, a natureza e as características do *Processo de Avaliação Diagnóstica* e do *Processo de Intervenção Terapêutica de Enfermagem*, bem como, a interdependência existente entre eles, evidenciam o carácter processual do *Raciocínio Clínico*, como se vê na figura, dado que o *Processo de Raciocínio Clínico* é composto por estes dois processos. Sendo possível identificar características específicas de cada um destes processos, mas como já vimos, é impossível estabelecer fronteiras precisas entre eles. De todo o modo, pode dizer-se que o *Processo de Avaliação Diagnóstica* é timoneiro no *Processo de Raciocínio Clínico*. No entanto, este período é muito curto, emergindo de forma natural o *Processo de Intervenção Terapêutica de Enfermagem*.

O *Processo de Avaliação Diagnóstica* é orientado para três intenções: *avalia risco de vida; apura problemas expressos; apura socialização no processo*. De seguida, e quase em simultâneo, inicia-se o *Processo de Intervenção Terapêutica de Enfermagem* como pudemos ver na Figura 20. A estes dois componentes está inerente a relação terapêutica entre enfermeiro, pessoa e família que acontece em três fases como ficou focado, o início de relação dá-se no momento em que o enfermeiro tem conhecimento da existência dessa pessoa e operacionaliza-se no primeiro encontro, em que o enfermeiro através de estratégias profissionais tenta obter a confiança da pessoa para ter informações para perceber o porquê da vinda da pessoa à urgência.

O *Corpo da relação* é constituído essencialmente pelo *Processo de Intervenção Terapêutica de Enfermagem*. É a partir de um conhecimento e confiança que se vai construindo a relação. A

colheita de dados vai sendo guiada por uma reavaliação sistemática e um refinar da situação clínica, para tal, o enfermeiro usa instrumentos já atrás identificados. É durante o Corpo de relação que é condensado o essencial da intervenção, que também deve contribuir para diminuir o impacto negativo desta experiência.

O Fim da relação reúne duas características fundamentais: é a fase de fronteira inicial mais indefinida, pode-se até dizer que está presente desde o início da relação como se vê na figura anterior; mas, é também a fase de fronteira final mais definida, correspondendo esta ao fim da relação, imposta pela alta, transferência ou morte da pessoa.

De facto, esta relação de confiança é estabelecida entre ambos e, decorre quase obrigatoriamente, num espaço curto de tempo. Contudo, é primordial para o envolvimento da pessoa na sua situação de saúde-doença e na aceitação dos cuidados que correspondem à situação presente.

Todavia, a teoria de médio alcance que, de modo sucinto e integrado, acabamos de expor não é cabalmente compreensível se não tivermos em consideração o contexto. Tal não significa que, o raciocínio clínico com as características aqui apresentadas só se possa desenvolver num contexto sobreponível a este. Significa portanto, que o contexto comporta elementos de importância capital não só para a compreensão da teoria, mas, similarmente para a evolução e o sucesso do raciocínio clínico. Logo, apontamos alguns elementos contextuais que, no nosso entender, contribuirão de um modo ou outro, quer para a compreensão da teoria, quer para o desenvolvimento do raciocínio do enfermeiro.

Começamos por fazer referência às características físicas do serviço de urgência que tem desvantagens na avaliação e interação do enfermeiro com a pessoa, dado que em alguns setores é impossível ter uma observação e vigilância contínua. Similarmente, o volume de trabalho e as exigências podem ser perturbadoras a uma avaliação atempada e rigorosa corroborando Basto e Coelho (2000), as interrupções sucessivas e falta de privacidade perturbam a interação. No entanto, apesar das contrariedades de estrutura física, a componente humana dá valiosos contributos para minimizar esses aspetos, como sejam, a excelente relação e interajuda vigente entre os vários profissionais (médicos, assistentes operacionais, administrativos, etc.). Relembramos que, um espaço físico desta natureza dificulta a privacidade, no geral e, a presença da família, em particular. Porém, salientamos a capacidade “*radar*” dos enfermeiros, ou seja, a preocupação em monitorizar tudo o que passa à sua volta com finalidades diagnósticas e de intervenção terapêutica, eles dizem que esta capacidade os ajuda a obter informação relevante que otimize a intervenção a implementar (ensino, alívio de sintomas, etc.).

Um aspeto a ter em conta e, uma mais-valia neste serviço, é a qualidade e atualidade da tecnologia para corresponder às necessidades das pessoas e dos profissionais. Igualmente, na garantia da qualidade e da segurança temos a diferenciação e formação dos enfermeiros na área da urgência e emergência, bem como, a experiência no SU. Neste âmbito, de realçar ainda, a preocupação dos enfermeiros pela aplicação de evidência científica na prática clínica e a promoção dos padrões de boas práticas (prevenção de infeção hospitalar, prevenção de quedas, promoção pelo bem-estar, etc.), indo ao encontro do preconizado pela entidade reguladora (OE, 2001).

Também, persiste uma atitude pedagógica e de supervisão dos enfermeiros no seu dia-a-dia, através de comportamentos na formação de pares, na autoformação, e ainda, no interesse em se envolverem em trabalhos de investigação que promovam a profissão.

Naturalmente, nos discursos foi amplamente referida, uma dupla, importância na consulta de triagem para a profissão de enfermagem, em primeiro lugar, ela ser efetuada pelos enfermeiros impõe-lhe componentes de avaliação e intervenção próprios da profissão; em segundo lugar, o facto de serem os enfermeiros a decidir a prioridade e o encaminhamento das pessoas permite que a gestão dos cuidados de saúde seja feita à luz da identidade profissional de enfermagem. O que lhe confere poder e impacto na organização e na gestão das instituições.

Mais um aspeto a destacar é a capacidade de liderança dos enfermeiros nos vários setores e a sua grande agilidade em servirem de ponte com outros profissionais e serviços (serviços do hospital e serviços de outros hospitais), aquando da necessidade de transferências. Estes mecanismos usados acumulam várias vantagens para a repercussão na qualidade dos cuidados e na célere resposta às carências. Também o servirem de ponte cria um clima de coesão entre dois grupos profissionais (enfermeiros e médicos), esta relação de parceria entre ambos é fundamental para responder com maior eficácia e eficiência às necessidades. Esta coesão parece estar sediada na partilha de objetivos terapêuticos e no mesmo centro de cuidados – a pessoa, isto tem vindo a ser construído progressivamente e cada vez é mais visível esta relação de parceria, de confiança e o respeito interprofissional. Esta partilha de objetivos terapêuticos, está defendido por alguns autores (Hesbeen, 2004; Honoré, 2004), quando afirmam que cuidar é inerente ao ser humano. Portanto, não é exclusivo de uma profissão, a diferença está no modo como cada profissão compreende a pessoa e os cuidados. O que importa, de facto, é que estas profissões se preocupam com o bem-estar do ser humano.

Por último, destacamos o facto de as intervenções dos enfermeiros decorrerem em espaços amplos onde coexistem, em simultâneo, diversos atores (pessoas doentes, familiares,



assistentes operacionais, outros enfermeiros, médicos, etc.), daí as interações são infinitas, o que pode ser positivo ou dificultador do *Processo de Raciocínio Clínico do Enfermeiro*.

Todas estas circunstâncias e exigências em relação ao contexto de urgência levam à construção do Raciocínio *Clínico* sobre a pessoa cuidada em moldes específicos e fruto dessa mesma conjectura.

Naturalmente, este contexto que acabamos de descrever influencia e prescreve as características e a forma como se desenvolve o *Processo de Raciocínio Clínico*, das quais destacamos a perspicácia e celeridade na avaliação das situações clínicas de Nível I (Risco de Vida) e, a consequente, capacidade na tomada de decisão.

Estes componentes no seu conjunto contribuem para a qualidade dos cuidados em saúde e, por sua vez, para diminuir complicações futuras. Neste trabalho os fatores que se evidenciaram são semelhantes aos apurados por Lopes (2006) na relação enfermeira e utente; onde salientou a liderança clínica e a autonomia na decisão como sendo influenciadores à melhoria dos cuidados. Assim, pudemos dizer que a capacidade de gerir os cuidados e ter um poder cada vez mais decisor nos serviços de saúde parece caber bem nas características da profissão e, é transversal a diferentes contextos, pelos enfermeiros terem um papel dinamizador, de diálogo e servir de ponte entre os vários atores em benefício do bem-estar das pessoas.

**Em síntese**, pode dizer-se que um contexto com as características que acabamos de referir e apesar das condições adversas à qualidade dos cuidados em alguns setores, os enfermeiros reúnem estratégias que lhes permitem desenvolver avaliação diagnóstica para promoverem intervenções terapêuticas adequadas e atempadas à pessoa que necessita de cuidados (alinhar macas, diminuir o ruído na sala, estar de frente para os doentes, etc.). Este conjunto de estratégias permitem-lhe um apurar e um refinar contínuo de informações para construir o *processo de raciocínio clínico* de acordo com a pessoa e a sua situação clínica. De facto, esta forma de ensinar e atuar no contexto demonstra uma clareza sobre as condições contextuais, as características dos utilizadores, as características pessoais e profissionais, que favorecem e aprimoram os processos de avaliação, intervenção e de relação terapêutica. Estas condições são enquadráveis nos componentes mencionados por alguns autores como condizentes ao profissional competente (Benner, 1984; Le Boterf, 1995; Rebelo, 1996; Tanner, 2006).

Efetivamente, esta forma de entender o *Processo de Raciocínio Clínico dos Enfermeiros no serviço de urgência* enquadrado e de acordo com os diferentes setores de atuação permitiu-nos ter uma perspetiva específica deste processo, mostrando as características, os fatores que o influenciam e a forma como acontece ao longo do tempo. Nesta perspetiva, dizemos que ele

emerge de modo multifocal, pois a sua construção e desenvolvimento acontece em torno de vários focos, num sentido crescente e progressivamente mais alargado e enriquecido, quer através de informações mais relevantes, quer de decisões mais precisas e adequadas, como ainda, de um fortalecimento da relação de confiança entre enfermeiro e pessoa cuidada. O que conduz a um maior conhecimento do enfermeiro sobre a pessoa e a situação clínica.

Este processo que foi construído ao longo deste trabalho de investigação permitiu-nos traçar o *Processo de Raciocínio Clínico específico dos Enfermeiros que trabalham no Serviço de Urgência*.

## **5. CONCLUSÃO**

A conclusão deste trabalho tem duas finalidades. A primeira efetuar uma análise retrospectiva sobre o que se desenvolveu neste percurso, identificando as potencialidades deste trabalho e as suas fragilidades. Este exercício permite fazer uma autoavaliação sobre o desempenho conseguido, e simultaneamente, servir como instrumento de aprendizagem e desenvolvimento pessoal. A segunda finalidade pretende estabelecer desenho prospetivo do trabalho desenvolvido. No sentido, de identificar as perspetivas futuras que se abriram a partir deste trabalho. Para o efeito serão equacionadas as perspetivas de desenvolvimento de investigação, mas, também o aproveitamento deste trabalho na formação de novos profissionais e/ou no desenvolvimento das competências clínicas dos profissionais em exercício, na perspetiva defendida por Schön (1998), reflexão sobre a ação, na ação e para a ação.

Para responder ao primeiro anseio, iniciamos por fazer referência aos aspetos metodológicos, visto que do ponto de vista pessoal, foram os que mais desenvolvimento e dificuldades proporcionaram. Este desafio de enveredar como investigador qualitativo e o desenvolver de uma investigação de acordo com a perspetiva do interacionismo simbólico, levou ao posicionamento de se considerar como ator na própria investigação, o que em alguns momentos exigiu recolhimento e reflexão. Nesta perspetiva, compreende-se este posicionamento de autorreflexividade face ao processo desenvolvido, na linha do defendido por Cuesta (2003) e Streubert *et al.* (2011). Assim sendo, foi cumprido todo o rigor nas opções metodológicas e adequadas em função dos pressupostos epistemológicos, mas também da natureza do problema que nos propusemos investigar.

Relativamente, à adequabilidade começamos por frisar o contexto selecionado para a realização do estudo. Ao considerarmos as características que se exigia para o objeto de estudo era obrigatório enveredar por um contexto desta natureza donde resultassem dados credíveis, fidedignos e com amplitude suficiente para nos conduzir a sustentação teórica. De salientar, a extraordinária colaboração dos participantes, a disponibilidade e a riqueza de informação que forneceram, mas acima de tudo, pela aceitação e simpatia que permitiram a presença do investigador a observar e ouvir o que desenvolvem no seu quotidiano. Visto que este trabalho está direcionado para a prática clínica, ele estava dependente unicamente pelo valor e riqueza de quem o desenvolvia. E ainda pela capacidade de autorreflexão, capacidade de partilha e de verbalização.

Neste caso, o investigador foi responsável por deslindar e reinterpretar os dados colhidos. De facto, é lícito e natural assumir que o acolhimento foi manifestamente positivo, no entanto, não evitou os constrangimentos inerentes à entrada em campo do investigador, como por exemplo, sentir-se um intruso. Para além disto, os serviços de urgência são contextos dinâmicos e complexos, quer pela sua dimensão, quer pelo tipo de situações que são assistidas diariamente, em tempo *record*. Esta imprevisibilidade caracterizadora dos serviços de urgência concede-lhe diariamente uma realidade sempre nova, mesmo que se mantenham inalteráveis os seus protagonistas.

Em relação, à riqueza e amplitude dos dados colhidos contribuíram decisivamente as opções metodológicas, dado que devem ser orientadas em função dos objetivos e finalidades pretendidas. Por esta razão, foi particularmente enriquecedor o facto de ter optado por recolher dados sobre o mesmo fenómeno a partir de diversas fontes e técnicas diferentes (Swanson & Morse, 2001; Cuesta, 2003; Streubert *et al.*, 2011). Esta opção contribuiu significativamente para incrementar o rigor do trabalho e, em simultâneo, moderou algumas limitações de cada uma das técnicas usadas. Por exemplo, na observação, poder-se-á dizer que para aumentar o rigor da observação, ela deve ser efetuada por mais que um observador e validação à *posteriori*. O que neste estudo não se concretizou, no entanto, esta potencial limitação foi ultrapassada pela possibilidade de se cruzar os dados oriundos de outras fontes.

Um dos aspetos a favor deste estudo, foi a amplitude e riqueza de dados conseguidos, pois aos serviços de urgência recorre um grande número de pessoas, o que conduz facilmente, a um número elevado de casos observáveis e disponíveis para serem mencionados pelos enfermeiros. Efetivamente, a análise de um *corpus* desta dimensão e diversidade constituiu-se como um desafio considerável, proporcionando desenvolvimento na capacidade de reflexão e análise do investigador, remetendo-o permanentemente à conquista de uma maior capacidade e nível de análise.

Esta circunstância também esteve intimamente ligada à natureza do método de análise - *análise comparativa constante*. Este pressupõe simultaneidade entre a recolha e a análise de dados, sendo a primeira reorientada em função desta última para conduzir à saturação teórica. O que foi progressivamente concretizado, no entanto, como já explicamos anteriormente, a dado momento pelas limitações pessoais do investigador em continuar a recolher e a analisar em simultâneo, houve necessidade de se ausentar durante algum tempo do campo e, interromper temporariamente, a recolha de dados. Esta pausa serviu para refletir, amadurecer e reestruturar a colheita de dados, no sentido, de aprimorar a capacidade de análise e profundidade dos dados.

O estar em campo trouxe uma outra dificuldade, o de não se tornar ator no contexto, mas sim apenas e, tão-somente, observador participante. Ou seja, o investigador era reconhecido pelos participantes como sendo pessoa de referência nesta área de atuação. Assim, esta situação constituiu-se preocupação central, neste sentido iniciou-se um período de recolhimento, afastamento e, clarificar novamente, junto dos participantes o seu papel em campo, apenas como investigador.

Este conjunto de medidas foram eficazes para cumprir o rigor científico necessário para o estudo. Destacamos ainda, as medidas de autocontrolo e imparcialidade, como a que se traduziu no acoplamento de cada unidade de significação ao texto-extrato de onde aquela foi extraída. Este exercício permitiu confrontar o sentido que se lhe estava a atribuir ao longo dos diversos níveis de análise, com o significado original. De entre estas, salientamos as que se traduziram na devolução às fontes (entrevistas dos enfermeiros) dos resultados da análise de alguns dados, e ainda, a colaboração de peritos na aferição da estabilidade das categorias criadas.

Relativamente aos resultados propriamente ditos existem dois aspetos que importa realçar por nos parecerem fundamentais. O primeiro tem a ver com a constatação através da investigação produzida da complexidade e extraordinária intervenção dos enfermeiros no serviço de urgência. Ao destacarmos a valiosa intervenção dos enfermeiros neste contexto estamos a frisar os ganhos em saúde que promovem estes profissionais, numa perspetiva de natureza macro-sistémica, mas, principalmente os contributos para o bem-estar e prevenção de complicações para a vida de cada uma das pessoas assistidas, bem como, os benéficos que isso traz para a família e para a sociedade. O segundo aspeto, tem a ver com o pouco volume de investigação realizada sobre a intervenção dos enfermeiros em contexto de urgência e nas conclusões que alguns estudos têm mostrado sobre os benefícios de um raciocínio clínico eficaz dos enfermeiros (Benner *et al.*, 2009; NSW Public Health System (2007, 2008). Face a isto, temos responsabilidade profissional em conhecer e compreender o *Raciocínio Clínico dos Enfermeiros* para melhorarmos a qualidade dos cuidados prestados às pessoas.

Em relação, à componente prospetiva desta conclusão, e como forma de lhe dar solidez, iniciamos focando os resultados deste trabalho com todos os outros que já referimos, mas principalmente com os estudos desenvolvidos por Benner (1984, 1987), Benner *et al.* (2009); Tanner (2006), Lopes (2006). Assim, destes estudos destacamos a atribuição de níveis de competência na intervenção dos enfermeiros, o valor das características pessoais e profissionais, a importância da relação entre enfermeiro e a pessoa cuidada, e ainda, a relevância das condições do contexto na tomada de decisão e na intervenção dos enfermeiros. O constatar da sobreposição de resultados, mostra-nos o interesse e a riqueza desta área de

investigação, bem como, nos demonstra a necessidade de desenvolver mais investigação nesta matéria.

No entanto, a análise prospetiva só fica completa se se desenvolver simultaneamente alguma comparação desta estrutura de processo de raciocínio clínico com outro exterior à enfermagem. Para o efeito entendemos como adequado a comparação com uma estrutura concetual, relativa ao raciocínio clínico dos médicos segundo alguns autores. Para alguns autores os médicos tomam decisões sobre os seus doentes à luz do método hipotético-dedutivo descrito por Popper (1974) com as seguintes fases: Problema clínico; hipóteses diagnosticas; teste(s); resultados. Eles colocam várias hipóteses diagnósticas a partir do momento que começam a colher dados. Nesta sequência, realizam testes para corroborar ou refutar as suas hipóteses até que encontrem uma forte verosimilhança, que possibilite a tomada de decisão (Barrows & Benntt, 1972; Dudley, 1971). O processo de resolução de problemas clínicos é constituído por dois grandes componentes que é importante descrever separadamente, no entanto, eles na prática não existem separados. O primeiro refere-se ao conteúdo, uma base de conhecimento rica e extensa que existe na memória do médico. O outro é o processo, o método de aplicação de conhecimento usado pelo médico na busca da solução para aquele problema. Os médicos experientes usam esses dois métodos de forma entrelaçada. Também, frequentemente os médicos utilizam as heurísticas (Tversky & Kahneman, 1974), estas são associações rápidas que lhes permitem entre os dados, baseados na sua experiência anterior encontrar situações semelhantes e resolver de acordo com essa semelhança. As heurísticas são fundamentais para reduzir o número de perguntas ou a realização de testes desnecessários. A estratégia usada pelos médicos para a solução do problema do doente passa por duas decisões: a diagnóstica e a terapêutica (Connelly & Johnson, 1980). A decisão diagnóstica acontece sempre antes do tratamento, já a decisão terapêutica, geralmente surge já com a presença de todos os dados. No entanto, existe sempre o risco de a decisão diagnóstica não ser a mais adequada à situação.

Olhando para o raciocínio clínico dos médicos descrito anteriormente e para a estrutura concetual proposta neste estudo sobre o raciocínio clínico dos enfermeiros, percebemos alguns aspetos comuns e algumas diferenças. Das quais destacamos: i) o raciocínio clínico de ambos desenvolve-se em torno de dois componentes, a decisão diagnóstica e a terapêutica; ii) o recurso a informações é também usado pelas duas profissões para construir o raciocínio clínico; no que se refere às diferenças, a decisão terapêutica em relação aos médicos geralmente acontece só após a colheita de todos os dados, no raciocínio clínico dos enfermeiros a intervenção terapêutica começa a acontecer logo que se dê início à avaliação diagnóstica. Outra diferença tem a ver com a preocupação central dos médicos encontrarem um diagnóstico, o

enfermeiro não tem como preocupação central encontrar um diagnóstico, mas sim, responder às necessidades da pessoa naquele momento. Por último, de salientar que a proximidade do enfermeiro com a pessoa provoca-lhe uma necessidade crucial em conseguir estabelecer uma relação de confiança com a pessoa o mais cedo possível para otimizar a adesão aos cuidados, no caso dos médicos esta relação poderá ter um papel secundário, visto que a primazia esta centrada no identificar do diagnóstico.

Os resultados obtidos neste estudo reforçam a importância do *raciocínio clínico dos enfermeiros* e, nomeadamente, no serviço de urgência, visto que assume um valor extraordinário na intervenção de enfermagem neste contexto. Por esta razão, entendemos que a estrutura concetual proposta deve ser divulgada, e ainda, propor algumas estratégias a colocar em prática que podem ser classificadas em três grupos: I) Ampliar investigação; II) A formação de novos enfermeiros à luz dos componentes encontrados e; III) A formação contínua dos atuais enfermeiros.

- I) A produção de investigação com objetivo de dilatar conhecimento nesta matéria, no sentido do desenvolvimento do conhecimento em enfermagem, cumprindo um objetivo deste trabalho e expandir as perspetivas sobre o mesmo fenómeno (Carper, 1978; Meleis, 1997). Evidentemente, este trabalho é apenas um contributo que precisa de ser refinado pelo tempo e pela ação crítica de investigadores e pelos enfermeiros da prática clínica que tenham interesse nesta matéria. De facto, importa confrontar estes resultados com outros trabalhos de investigação. No sentido, de conhecer mais e melhor a intervenção clínica de enfermagem para que se aumente o conhecimento da profissão e, simultaneamente se contribua para o bem-estar das pessoas.
- II) A formação de novos enfermeiros estar sediada no conhecimento sobre a prática clínica é cada vez mais útil e reconhecida pela academia e pela práxis. Este conhecimento exige uma investigação contínua para integrar novos componentes que vão emergindo sistematicamente da prática, no que respeita a inovações e alterações dos contextos ou por características das pessoas que os frequentam. No entanto, salientamos que é claro para nós que a formação não se esgota nas competências psicomotoras, ela é composta por competências cognitivas, competências humanistas, competências emocionais, ou seja, competências transversais. Este tipo de conhecimento, também, permite que os novos profissionais entendam de modo dinâmico a realidade e identifiquem as necessidades das pessoas para selecionar as ações mais adequadas a cada caso.

- III) A formação contínua dos atuais enfermeiros, é muito semelhante ao que expusemos antes. No entanto, para os profissionais esta formação estará mais direcionada para o tomar consciência de competências que desenvolvem no seu quotidiano. Por outro lado, podem potenciar as competências que já têm através da formação para integrar novos conceitos e perspetivas de atuação. Concretamente, durante a própria investigação os profissionais manifestaram este tomar de consciência sobre esta competência de raciocínio clínico, através da reflexão e ao reviverem os casos clínicos nas entrevistas.

Dito isto, assumimos que este trabalho de investigação pode contribuir para o reconhecimento desta competência, não tanto como teoria aplicável a novas situações, mas antes, como ponto de partida para análise crítica das intervenções e de aprendizagem com essa mesma análise. Deste modo, desenvolveu-se um sistema de reflexão durante a ação, acedendo-se ao saber submerso no agir profissional (Schön, 1998).

As formas de o fazer são as mais diversas, no entanto, salientamos as propostas por Schön (2000): a reflexão sobre a ação, a reflexão na ação e a reflexão sobre a reflexão na ação. A reflexão sobre a ação consiste em pensarmos retrospectivamente sobre o que fizemos, almejando descobrir como nosso ato de conhecer-na-ação pode ter contribuído para um resultado inesperado. A reflexão-na-ação consiste em refletirmos no meio da ação, sem interrompê-la. O pensamento conduz-nos a uma nova forma de fazer o que estamos a fazer e, no momento em que o estamos a fazer, dando possibilidade de interferir na situação em desenvolvimento. Já a reflexão sobre a reflexão-na-ação repousa no ato de pensar sobre a reflexão-na-ação passada, consolidando o entendimento de determinada situação e, desta forma, possibilitando a adoção de uma nova estratégia.

De facto, a investigação sobre o *Processo de Raciocínio Clínico* proporcionou este mecanismo entre o investigador, participantes e contexto, ou seja, teve este papel ativo no contexto clínico. Mas, efetivamente os resultados da investigação emergiram de acordo com os atores e as características do contexto, sendo responsabilidade do investigador ter abertura e maturidade para aceitar e refinar a amplitude de resultados que a investigação lhe oferece.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aiken, L., Clarke, S., Cheung, R., Sloane, D., & Silber, J. (2003). Educational levels of nurses and surgical patient mortality. *Journal of American Medical Association*, 290 (12): 1617-1623.
- Alarcão, I. (Org.). (1996). Formação Reflexiva de Professores. Estratégias de Supervisão. Porto: Porto Editora. ISBN: 972034721X.
- Alfaro-LeFevre, R. (2009). Critical Thinking and clinical judgment: a practical approach to outcome-focused thinking. 4th ed. St. Louis, Mo.: Saunders/Elsevier. ISBN-13: 978-1416039488.
- Alfaro-Lefevre R. (2000). Aplicação do processo de enfermagem. Um guia passo a passo. 4ª. ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas Sul. ISBN: 9788573076134.
- Alfaro-Lefevre, R. (1996). Pensamento crítico em Enfermagem: um enfoque prático. Porto Alegre (RS): Artes Médicas.
- Alligood, M., Tomey, A. (2004). Teóricas de Enfermagem e a sua obra: Modelos e Teorias de Enfermagem. Lusodidacta. ISBN: 9789728383749.
- American Association of Critical Care Nurses. About critical care nursing; 2013. Disponível em: <http://www.aacn.org/wd/pressroom/content/aboutcriticalcarenursing.pcms?menu=>
- Andrews, H. A., Roy, C. (2001). Pontos essenciais do Modelo de Adaptação de Roy. In: Roy C, Andrews, HA. Teoria da Enfermagem: o Modelo de Adaptação de Roy. Lisboa: Instituto Piaget, pp. 15- 39.
- Armstrong, J., Martin, M. (1996). Too close for comfort. *Nursing*, 26(4).
- Banahan, B., Banahan, B. (1981). "Continuity as an attitudinal contract." *Journal of Family Practice*, 767-768.
- Bandman, E. L., Bandman, B. (1995). Critical thinking in nursing. Stamford. CT, Appleton and Lange.
- Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action: a social cognitive theory. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall cop.
- Barnum, B. (1987). Holistic nursing and nursing process. *Holistic Nursing Practice*, 1(3): 27-35.

- Barrows, H. S., Bennett, K. (1972). The diagnostic (problem solving) skill of the neurologist: Experimental studies and their implications for neurological training. *Archives of Neurology*, 26, pp. 273–277.
- Basto, M.L. (1998). Da intenção de mudar à mudança. Um caso de intervenção num grupo de enfermeiras. Lisboa: Rei dos Livros. ISBN: 9789725107607.
- Basto, M.L., Coelho, M. (2000). Interação enfermeiro/utilizador em cuidados de saúde primários. *Revista Investigação em Enfermagem*. 2, pp. 3-10
- Basto, M.L., Magão, M.T. (2001). Práticas de enfermagem: algumas reflexões sobre o estado de arte de investigação. *Revista de Investigação em Enfermagem*, nº 4, Edições Sinais Vitais, p.3-11.
- Beerman, R. (1998). Information Management and the Continuum of care. *Nursing Administration Quarterly*, pp. 49 – 53.
- Bell, L., Duffy, A. (2009). A concept analysis of nurse-patient trust. *British Journal of Nursing* (BJN).18(1): 46-51.
- Benner, P. (2005). De iniciado a Perito. 2ª Edição, Editor: Quarteto. Coimbra. ISBN 972-8535-97-X.
- Benner, P. (2001). De iniciado a Perito. Coimbra: Quarteto.
- Benner, P. (2000). Shaping the future of nursing. *Nursing Management*, 7(1).
- Benner, P. (1984). From novice to expert. Addison-Wesley, Menlo Park, California.
- Benner, P., Tanner, C. (1987). Clinical judgement: how expert nurses use intuition- *American Journal of Nursing*, January, pp. 23-31.
- Benner, P., Tanner, C. A., Chesla, C. A. (2009). Expertise in nursing practice: Caring, clinical judgment, and ethics. New York, NY: Springer Publishing Company.
- Benner, P., Wrubel, J. (1989). The primacy of caring: Stress and coping in health and illness. Don Mills: Ont., Addison-Wesley.
- Bishop, A. H., Scudder, J. R. (1991). Nursing the practice of caring. New York- National League for Nursing.
- Blumer, H. (1986). Symbolic interactionism: Perspectives and method. Berkeley: University of California Press.
- Blumer, H. (1982). El interaccionismo simbolico: perspectiva y metodo. Barcelona: Hora. (Trabalho publicado em 1969)
- Blumer, H. (1969). Symbolic Interactionism: Perspective and method. Englewood Cliffs, NJ. Prentice-Hall.

- Bogdan, R., Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação: Uma Introdução à Teoria e aos Métodos*. Porto: Porto Editora.
- Bottorff, J., Hutchinson, S., Morse, J. (1994). The phenomenology. *Journal of Advanced Nursing*, July, 20 (1): 189-95.
- Bowren, D. (2008). The relationship between patient trust of nursing staff, postoperative pain, and discharge functional outcomes following a total knee arthroplasty.
- Brunt, B., Gifford, L., Hart, D., McQueen-Goss, S., Siddall, D., Smith, R., Weakland, R. (1999). Designing interdisciplinary documentation for the continuum of care. *Journal of Nursing Care Quality* 14(1): 1-10.
- Buckingham, C., Adams, A. (2000). Classifying clinical decision making: a unifying approach. *Journal Advanced Nursing*. October, Vol. 32 (4).
- Canário, R. (2000). *Educação de Adultos: Um campo e uma problemática*. Educa, Lisboa ISBN: 9789728036218.
- Carapinheiro, G., (1993). *Saberes e poderes no hospital, uma sociologia dos serviços hospitalares*, Porto, Ed. Afrontamento. ISBN: 9789723603064.
- Carlson, S. (1972). A Practical Approach to the Nursing Process. *The American Journal*, Vol. 725, No. 9, Sep., Published By Lippincott Williams & Wilkins.
- Carnevali, D., Thomas, M. (1993). *Diagnostic reasoning and treatment decision making Nursing*. Philadelphia: J. B. Lippincott Company.
- Carpenito, L.J. (1991). *Nursing diagnosis: application to clinical practice*. 7ªed. Philadelphia: Lippincott.
- Carper, B. A. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Sciences*. 33 (1): 13-23.
- Carret, M., Fassa, A., Kawachi, I. (2007). Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use. In BMC Health Services Research, August, 7:131.
- Chalifour, J. (1989). *La relation d'aide en soins infirmiers- une perspective holistique-humaniste*. Paris, Editions Lamarre.
- Charmaz, K. (2009). Shifting the grounds: Constructivist grounded theory methods. In J. M. Morse, P. N. Stern, J. Corbin, B. Bowers, K. Charmaz, & A. E. Clarke (Eds.), *Developing grounded theory. The second generation* (pp. 127-193). Walnut Creek: Left Coast Press Inc.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded Theory. A practical guide through qualitative analysis*. London: Sage Publications, Ltd.

- Charmaz, K. (2005). Grounded theory in the 21st Century. Applications for advancing social justice studies. In N. K. Denzin & S. Lincoln (Eds.), *The SAGE Handbook of qualitative research* (3rd ed., pp. 507-535). Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Charmaz, K. (2000). Grounded theory. Objectivist and constructivist methods. In N. K. Denzin & S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (2nd ed., pp. 509-536). Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Chenitz, W.C., Swanson, J.M. (1984). Surfacing nursing process, a method for generating nursing theory from practice. *Journal of Advanced Nursing*, 9, pp. 205-215.
- Chinn, P., Kramer, M. (2011). *Integrated Theory and Knowledge Development in Nursing*. 8th Edition, Elsevier Mosby, St. Louis, ISBN: 9780323077187.
- Chinn, M., Kramer, K. (2008). *Integrated Theory and Knowledge Development in Nursing*. Universidade Califórnia, Mosby Elsevier, ISBN: 9780323052702.
- Ciamponi, M. H. T. (1991). Tomada de decisão em enfermagem. In: KURCGANT, P. (Coord.). *Administração em Enfermagem*. São Paulo: EPU.
- Cibanal, L. (1991). *Interrelación del profesional de enfermería con el paciente*. Barcelona, Ediciones Doyma.
- Cleland, V. (1967). Research-How will Nursing define it? The use of existing theories. *Nursing Research*. Vol. 16(2): 118-121.
- Colás B. P. (1992a). "La investigación en el campo". In P. Colás, L. Buendia, *Investigación Educativa*. Sevilla: Alfar.
- Colás B. P. (1992b). "La Metodologia cualitativa". In P. Colás, L. Buendia, *Investigación Educativa*. Sevilla: Alfar.
- Collière, M. F. (1990). Autonomia da profissão de Enfermagem. *Boletim Sindical - Sindicato dos Enfermeiros Portugueses*, 11, pp. 43-50.
- Collière, M. F. (1989). *Promover a vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Connelly, D., Johnson, P. (1980). The medical problema-solving process. *Human Pathology*, 11(5), 412-419.
- Conselho de Enfermagem (2002). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual e enunciados descritivos*. Lisboa, Ordem dos Enfermeiros.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2000). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP)*. Associação Portuguesa de Enfermeiros, Lisboa.

- Conselho Internacional de Enfermeiros (2003). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. CIPE Versão Beta 2. Lisboa. Edição Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Corrêa C. G. (2003). Raciocínio clínico: o desafio do cuidar. Tese de doutoramento. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP.
- Craig, J. V., Smith, R. (2004). Prática Baseada na Evidência. Manual para enfermeiros. Loures: Lusociência.
- Croskerry, P. (2008). Shiftwork, fatigue, and safety in emergency medicine. In: Croskerry P, Cosby KS, Schenkel S, Wears R, eds. Patient Safety in Emergency Medicine. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
- Crow, R., Chase, J., Lamond, D. (1995). The cognitive component of nursing assessment: an analysis. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 22(2): 201-403.
- Cuesta, C. (2010). La investigación cualitativa y el desarrollo del conocimiento en enfermería- Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2010 Out-Dez; 19(4): 762-6.
- Cuesta, C. (2003). El investigador como instrumento flexible de la indagación. In *International Journal of Qualitative Methods*. SAGE Publications, Vol. 2(4): 25-38.
- Currey, J., Botti, M., (2003). Naturalistic decision making: a model to overcome methodological challenges in the study of critical care nurses' decision making about patients' hemodynamic status. *American Journal of Critical Care: An Official Publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 12(3): 206-211.
- Damásio, A.R. (2000). O sentimento de si. O corpo, a emoção e a neurobiologia da consciência. 9a ed. Publicações Europa-América, Mem Martins.
- Decreto-Lei n.º 44/2012 de 23 de fevereiro, Diário da República n.º 39/2012, Série I de 2012-02-23, 877 – 878.
- Decreto-Lei n.º 50- A/2007 de 28 de fevereiro, Série I de 2007-02-28, Ministério da Saúde, 1414-(26) a 1414-(29).
- Deeny, K., McGuigan, M. (1999). The value of the nurse-patient relationship in the care of cancer patients. *Nursing Standard*, 13 (33): 45- 47.
- Del Bueno, D. (2005). A crisis in critical thinking. *Nursing Education perspectives*. 26, (5): 278-283.
- Dempsey, P., Dempsey, A. D. (2000). Using Nursing Research; Process, Critical Evaluation, and Utilization. Fifth Edition, Lippincott, 262.
- Denzin, N. K., Lincoln, Y. (1994). Handbook of qualitative research. Thousand Oaks: Sage Publications.

- Deshaies, B. (1992). Metodologia da investigação em ciências humanas. Instituto Piaget, Lisboa. ISBN: 972-8329-95-4.
- Dewey J. (1933). How we think: A Restatement of the Relation of Reflective Thinking to the Educative Process. Boston, MA: D.C. Heath & Co Publishers.
- DGS. Direção Geral de Saúde. (2001). Rede de Referência Hospitalar de Urgência e Emergência. Direcção-Geral da Saúde. Direcção de Serviços de Planeamento. Portugal. ISBN 972-9425-99-X.
- Dias, J. M. (2004). Formadores: Que Desempenho? Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-75-4.
- Dilthey, W. (1951). Ideas acerca de una psicología descriptiva y analítica, en: Obras Completas, Vol. 6. México, Fondo de Cultura Economica.
- Donabedian, A. (2003). An Introduction to Quality assurance in Health Care. New York: Ed. by Bashshur, R., Oxford University Press.
- Donabedian, A. (1990). La Qualita dell'Assistenza Sanitaria. Roma: NIS.
- Donabedian, A. (1988). Quality and Cost: Choices and Responsibilities. In *Inquiry*, Vol. 25 (1), The Challenge of Quality (Spring), pp. 90-99. Published by Sage Publications, Inc.
- Dowding, D., Thompson, C. (2003). Measuring the quality of judgement and decision-making in nursing. *Journal Advanced Nursing*. Vol. 44 (1): 49-57.
- Durkheim, E. [1894] (2010). Las reglas del método sociológico. Buenos Aires, Centro Editor de Cultura.
- Easter, A. (2000). Construct analysis of four modes of being present. *Journal of Holistic Nursing*, 18(4): 362-77.
- Elliott, N. (2010). 'Mutual intacting': a grounded theory study of clinical judgement practice issues. *Journal of Advanced Nursing*, 66(12): 2711-2721.
- Ersser, S. (1988). Nursing beds and nursing therapy. In: Pearson, A. (ed.) - *Primary nursing: Nursing in the Burford and Oxford Nursing Developments Units*, Crom, Helm, London.
- Evans, D. (1990), Problems in the decision making process: a review - *Intensive Care Nursing*, nº6, p179-184.
- Fawcett, J. (2005). Contemporary nursing knowledge. Analysis and evaluation of nursing models and theories. Philadelphia, PA. 2ª edição.
- Fischer, G.N. (2002). Os conceitos fundamentais da psicologia social. Lisboa: Instituto Piaget.

- Fletcher, R.; O'Malley, M. & Fletcher, S. (1984). "Measuring continuity and coordination of medical care in system involving multiple providers." *Medical Care*, 403-411.
- Flick, U. (2005). *Métodos Qualitativos na Investigação Científica*. Lisboa, Ed. Monitor. ISBN: 972-9413-67-3.
- Flick, U. (1998). *An Introduction to Qualitative Research*. London. Ed: Sage Publications.
- Fonseca, C. (2006). A tomada de decisão dos enfermeiros face aos cuidados que prestam no hospital. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, Lisboa: Universidade Aberta.
- Fonteyn, M. E., Cooper, L. F. (1994). The written nursing process is it still useful to nursing education? *Journal of Advanced Nursing*, 19, pp. 315-319.
- Fortin, M. (2003). O processo de investigação da concepção à realização. Loures: Lusociência.
- Freud, S. (1999). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. Lisboa: Livros do Brasil.
- Freud, S. (1995). Textos essenciais de psicanálise. 2a ed. Mem Martins: Europa-América.
- Freud, S. (1989). Textos essenciais da psicanálise. A estrutura da personalidade psíquica e a psicopatologia. Mem Martins: EuropaAmérica.
- Gadamer, H. G. (2000). Da palavra ao conceito: a tarefa da hermenêutica enquanto filosofia, pp. 13-26. In CLS Almeida (Org.) *Hermenêutica filosófica: nas trilhas de Hans Georg Gadamer*. EDIPUCRS, Porto Alegre.
- Gadamer, H. (1997). *Verdade e Método*. Petrópolis: Vozes.
- Gladwell, M. (2010). Blink: «Decidir num piscar de olhos». Edições D. Quixote. ISBN: 9789722040792.
- Gladwell, M. (2005). Blink: The power of thinking without thinking. Little, Brown and Co.
- Glaser, B., Strauss, A. L. (1995). The Discovery of Grounded Theory: strategies for qualitative Research. Aldine Pub.
- Glaser, B., Strauss, A. L. (1967). The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Glaserian research. London. Aldine Transaction. (edição de 1967 revista). ISBN: 0-202-30260-1.
- Glaser, B. G., Strauss, A. L. (1965). Awareness of Dying. Aldine Pub.
- Goffman, E. (1983). A representação do eu na vida cotidiana. Petrópolis: Vozes.
- Gordon, M. (2007). *Nursing diagnoses* (11th ed.), Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
- Gordon, M. (2006). *Manual of Nursing Diagnosis*. 11ª edition, Jones and Bartlett Publishers.

- Gordon M. (1994). Nursing diagnosis: process and application. 3rd ed. St. Louis: Mosby.
- Gordon, M. (1987). Nursing diagnosis: process and application. 2nd ed. New York: McGraw-Hill.
- Graham, I. Jack, E. (2008). Promoting leadership: the development of a nurse executive team in an acute hospital trust. *Journal of Management*. 16(8): 955-963.
- Grupo Português de Triagem. (2009). Triagem no serviço de urgência: Manual do formando. (A. Marques & P. Freitas, Eds.) (3a ed.). Lisboa: BMJ Publishing Group 1977.
- Guimarães, E., Évora, Y. (2004). Sistema de informação: instrumento para a tomada de decisão no exercício da gerência. Vol. 33 (1), Brasília, jan/apr.
- Hagey, R., McDonough, P. (1984). The problem of professional labeling. *Nursing Outlook*, May-June, Volume 32 (3): 1151-157.
- Haguette, T. (1992). Metodologia Qualitativas na Sociologia. Editora Vozes. ISBN: 9788532608543.
- Hallett, C.E., Austin, L., Caress, A., Luker, K.A. (2000). Wound care in the community setting: clinical decision making in contexto. *Journal Advanced Nursing* 31(4): 783-93.
- Heidegger, M. (1951). *El Ser Y el Tiempo*. Mexico, Fondo de Cultura Economica.
- Henderson, V. (1987). Nursing process, a critique. *Holistic Nursing Practice*, 1(3): 718.
- Hennessy, D., Gilligan, J. (1994). Identifying and developing tomorrow's trust nursing directors. *Journal of Nursing Management*. 2(1). 37-45.
- Hesbeen, W. (Coord.) (2004). Cuidar neste mundo. Contribuir para um universo mais cuidador. Loures: Lusociência. ISBN: 9789728383718.
- Hesbeen, W. (2000). Cuidar no Hospital, enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar. Loures: Ed Lusociência. ISBN: 9789728383114.
- Higgs, J., Jones, M. (2000). Clinical Reasoning in the Health Professions. Editora Oxford: Butterworth-Heinemann, 2ª edição.
- Higuchi Smith, K., Donald, J. (2002). Thinking processes used by nurses in clinical decision-making. *Journal of Nursing Education*, 41(4): 145-154.
- Hirst, P. H. (1967). Philosophical and educational theory. En I. Scheffler (ed.), *Philosophy and education modern Reading*. Boston: Allyn and Bacon, pp.78-95.
- Hoffman, K. (2007). Unpublished PhD thesis, A comparison of decision-making by "expert" and "novice" nurses in the clinical setting, monitoring patient haemodynamic status post abdominal aortic aneurysm surgery. University of Technology, Sydney.



- Hoffman, K., Aitken, L., Duffield, C. (2009). A comparison of novice and expert nurses' cue collection during clinical decision-making: verbal protocol analysis. *International Journal of Nursing Studies*, pp. 1335-1344.
- Honoré, B. (2004). Cuidar: persistir em conjunto na existência - Loures: Lusociência. ISBN: 9789728383589.
- Horta, W.A. (1974). Enfermagem: teoria, conceitos, princípios e processo. Rev. Esc. Enf. USR, 5(1) 7-15.
- Howard, P., Steinman, R. (2011). Enfermagem de Urgência - Da Teoria à Prática. 6ª Edição. Loures: Lusociência. ISBN: 9789728930639.
- Huchabay, L., Jagla, B. (1979). Nurses' stress factors in the intensive care unit. *Journal of Nursing Administration*, Vol. 9(2): 21-26.
- ICN. (2005). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 1.0. (CIPE® versão 1- Tradução oficial Portuguesa), Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- ICN. (2002). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão Beta 2, Lisboa: Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde e Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- ICN. (2000). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão Beta, Lisboa: Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde e Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- James, W. (1961). Pragmatismo. Buenos Aires Ed. Aguilar.
- Jeon, Y.H. (2004). The application of grounded theory and symbolic interactionism. *Scandinavian Journal Caring Science*, 18(3): 249-256.
- Jesus, É. (2004). Padrões de Habilidade Cognitiva e Processo de Decisão Clínica de Enfermagem. Dissertação de Candidatura ao Grau de Doutor em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Jesus, É. (1999). A decisão Clínica de Enfermagem - Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Joseph, D.H. (1985). Sex-role stereotype, self-concept, education and experience: do they influence decision-making? - *International Journal of Nursing Studies*, 22(1): 21-32.
- Kaddoura, M. (2010). New graduate nurses' perceptions of the effects of clinical simulation on their critical thinking, learning, and confidence. *Journal of Continuing Education In Nursing* 41(11): 506-516.

- Kathleen, S. (1999). Nurse-parent relationship building in child psychiatric units. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, Vol. 12(4): 153-167.
- Kaufmann, J. C. (1996). L'entretien compréhensif, Paris, Ed. Nathan (col. 128), 127.
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., Major, F. (1994). La pensée infirmière. Québec: Maloine.
- Kim, H.S. (2010). The nature of theoretical thinking in nursing (3th ed.). Springer Pub. Comp.
- Kim, S. H. (2000). The Nature of Theoretical Thinking in Nursing, 2ª ed. New York, Ed. Springer Publishing Company.
- Kim, S. H. (1997). Structuring the Nursing Knowledge System: A typology of four Domains. In: Nicoll, L.H. (1997) *Perspectives on Nursing Theory*, 3ª ed. New York, Ed Lippincott.
- Kolcaba, K. (2003). Comfort theory and practice. A vision for holistic health care and research. New York: Springer Publishing Company.
- Kraischsk, M., Anthony, M. (2001). Benefits and outcomes of staff nurses participation in decision-making. *The Journal of Nursing Administration*, 31(1): 16–23.
- Lakanmaa, R., Suominen, T., Perttilä, J., Puukka, P., Leino-Kilpi, H. (2012). Competence requirements in intensive and critical care nursing-still in need of definition? A Delphi study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 28(6): 329-336.
- Laland, P. (1998). Sobre a metodologia qualitativa na pesquisa sociológica. In *Análise Social*, Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, vol. XXXIII (148), 1998 (4.º): 871-883.
- Lamond, D., Farnell, S. (1998). The treatment of pressure scores: a comparison of novice and expert nurses' knowledge, information use and decision accuracy. *Journal Advanced Nursing Res.* 27:280-6.
- Lauri, S., Salanterä, S., Chalmers, K., Ekman, S., Kim, H., Hesook, S., Kapelli, S., MacLeod, M. (2001). An exploratory study of clinical decision-making in five countries. *Journal of Nursing Scholarship*. 33(1): 83–90.
- Lazarus, R. S. (1979). Personalidade e adaptação. 5a ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Le Boterf, G. (2005). Construir as competências individuais e colectivas, Lisboa: Edições ASA. ISBN: 972-41-4243-4.
- Le Boterf, G. (1998). De la compétence à la navigation professionnelle. Paris: Les éditions d'organisation.

- Le Boterf, G. (1995). De la compétence: essai sur un attracteur étrange. Paris, Les Editions d'Organisation.
- Le Boterf, G. (1994). "Modelos de aprendizagem em alternância na comunidade: cinco desafios a enfrentar". *Formar*. n.º 10. pp. 40-46.
- Leininger, M. (1991). Culture care diversity and universality. New York: National League for Nursing Press.
- Leininger, M. (1985). Transcultural care diversity and universality: a theory of nursing. *Nurs. Health Care*, vol. 6 (4): 209-12.
- Lessard-Hébert, M., Goyette, G., Boutin, G. (1994). Investigação qualitativa: fundamentos e práticas. Lisboa: Instituto Piaget.
- Lessard-Hébert, M., Goyette, G., Boutin, G. (1990). Investigação Qualitativa. Editor: Instituto Piaget, ISBN: 9789896591021.
- Lévinas, E. (2003). Humanism of the other. Chicago: University of Illinois Press.
- Lévinas, E. (1969). Totality and infinity: Na essay on exteriority. Pittsburgh, PA: Duquesne University Press. (original work publish 1961).
- Levine, M.E. (1973). Introduction to clinical nursing. (2nd ed.), F.A. Davis Co., Philadelphia.
- Lewis, L. (1970). Relationship of Anxiety Level and Recall of Information to the Interval Between Orientation and First Patient Care Day. *Journal of Nursing Education*. 26(3):94-98
- Liehr, P. (2005). Looking at symptoms with a middle-range theory lens. *Advances Studies in Nursing*, Vol. 3 (5): 152-158.
- Lincoln, YS Guba, EG. (1985). Naturalistic Inquiry. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Little, D., Carnevali, D. (1971). The nursing care planning system. *Nursing Outlook*, 19, pp. 164-167.
- Locsin, R. (2005). Technological Competency as Caring in Nursing: A model for practice. Indianapolis: Sigma Theta Tau International.
- Lopes, M. J. (2006). A Relação Enfermeiro-Doente como intervenção terapêutica, Coimbra: Ed. Formasau formação e Saúde, lda.
- Lopes, M. J. (2005). Os clientes enfermeiros: construção de uma relação. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39:220-228.
- Lopes, M. J. (2003). A metodologia da grounded theory - Um contributo para a conceitualização na enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 8, pp. 63-74.

- Lopes, M. J. (1999). Concepções de Enfermagem e Desenvolvimento Sócio-moral, alguns dados e implicações. Ed. APE.
- Lotzkar, M., Bottorff, J. (2001). An observational study of the development of a nurse-patient relationship. *Clinical Nursing Research*. SAGE Publications. Vol. 10(3): 275-294.
- Lunney, M. (2003). Critical Thinking and Accuracy of Nurses' Diagnoses. *International Journal of Nursing Knowledge*. Vol 14(3): 96-107.
- Marrs, J. A., Lowry, L. W. (2009). Nursing theory and practice: Connecting the dots. In P. G. Reed & N. C. Shearer (Eds.), *Perspectives on Nursing Theory* (5th ed, pp.3-12), Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Mason, G., Attree, M. (1997). The relationship between research and the nursing process in clinical practice. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 26(5): 1045-1049.
- Mayeroff, M. (1971). *On caring*. London: Harper & Row.
- McFarlane, J. K. (1977). Developing a theory of nursing, the relation of theory to practice, education and research. *Journal of Advanced Nursing*. 2, pp. 261-270.
- McFarlane, J. K. (1976). A charter for caring. *Journal of Advanced Nursing*. 1, pp. 187-196.
- McHugh, K. (1986). *Environment and Behavior*. SAGE Journals. Vol. 18(4): 566-568.
- McMahon, R., Pearson, A. (1991). *Nursing as Therapy*. Springer, Boston, MA. ISBN: 978-1-4899-3091-0.
- Mead, G. H. (1934). *Mind, Self and Society, from the standpoint of a social behaviourist*, Chicago, The University of Chicago Press, Vol I, pp. 133-209.
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing: development and progress*. (5.<sup>a</sup> Edition). Philadelphia: Wolters Kulwer Health | Lippincott Williams & Wilkins. ISBN 978-1-60547-211-9.
- Meleis, A. I. (2005). *Theoretical nursing. Development and progress* (3th ed.) Philadelphia: J.B. Lippincott Comp.
- Meleis, A. (1997). *Theoretical nursing: Development & progress*. 3trd ed. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.
- Meleis, A. (1991). *Theoretical nursing: Development & progress*. 2 ed. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.
- Meleis, A. (1987). ReVisions in knowledge development a passion for substance. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 1(1), pp. 5-19.
- Meleis, A. I., Sawyer, L.M., Im, E., Messias, D.K., Schumacher, K. (2010). Experiencing Transitions: Emerging Middle-Range Theory. In: A. I. Meleis. *Transitions Theory: Middle-*

Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0535-6.

- Meleis, A., Trangenstein, P. (1994). Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, 42:255 – 259.
- Mendonça, S. (2009). Competências Profissionais dos Enfermeiros: A excelência do cuidar. Editorial Novembro. ISBN: 9789898136343.
- Mendonça, S., Lima Basto, M., Ramos, A. (2016). Estratégias de raciocínio clínico dos enfermeiros que cuidam de clientes em situação clínica: revisão sistemática da literatura. Nurse's strategies of clinical reasoning in critical care: a systematic review of literature. *RIASE*, Vol. 2(3): 753-773. ISSN 2183-6663.
- Merleau-Ponty, M. (2005). *Phénoménologie de la perception*. Paris: Tel Gali
- Miguélez, M. M. (2011a). Paradigmas emergentes y ciencias de la complejidade. Universidad del Zulia. Venezuela. Vol. 27(65): 45-80.
- Miguélez, M.M. (2001b). Critérios para la superación del debate metodológico "cuantitativo/cualitativo". *Revista Interamericana de Psicología*. 1999, 33 (1): 79-107.
- Miller, M. C. (2001). *Attachment and the Therapeutic Relationship*. Harvard.
- Mintzberg, H. (1973). *The Nature of Managerial Work*, New York: Harper and Row, pp 55-89.
- Morin E. (2005). *O método 6: ética*. Porto Alegre: Sulina.
- Morin, E. (1990). *Introdução ao pensamento complexo*. 3ª ed. Lisboa: Instituto Piaget.
- Morse, J. M., Havens, G. A., Wilson, S. W. (1997). The comforting interaction: developing a model of nurse-patient relationship. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*. 11 (4): 321-343.
- Morse, J., Bottorff, J., Anderson, G. O'Brien, B., Solberg, S. (1992). Beyond empathy: expanding expressions of caring. *Journal of Advanced Nursing*, 17(7):809-821.
- Morse, J., Field, P. (1998). *Nursing Research: the application of a qualitative approaches*. London: Stanley Thornes.
- Morse, J.M., Swanson, J.M., Kuzel, A.J. (2001). *The nature of qualitative evidence*. London: Sage Publications.
- Muetzel, P. A. (1988). *Therapeutic Nursing*. In: Pearson A. (Ed.) *Primary Nursing: Nursing in Burford and Oxford Nursing Development Units*. London, Chapman and Hall.
- Munhall, P. L. (1993). "Unknowing": toward another pattern of knowing in nursing. *Nursing Outlook*, 41 (125).

- Neuman, B. (1982). The Neuman systems model. Application to nursing education and practice. Norwalk: CT. Appleton-Century-Crofts.
- Neves, M. A. (2004). Intervenções de Enfermagem: Razões e bases da tomada de decisão pelas enfermeiras. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Newman, K., Doran, D., Nagle, L. (2014). The relation of critical care nurses' information-seeking behaviour with perception of personal control, training, and non-routineness of the task. *Dynamics* (Pembroke, Ont.), 25(1): 13-18.
- Newman, M., Sime, A., Corcoran-Perry, S. (1991). The focus of the discipline of nursing. *Advances in Nursing Science*, 14, 1-6.
- Nogueira, M., Amendoeira, J. (2013). A utilização do Pensamento Crítico no julgamento clínico para tomada de decisão: como aprendem os estudantes? Livro de Resumos. UiIPS.
- North American Nursing Diagnosis Association. NANDA. (1990). The development of NANDA's Nursing Diagnosis. *International Journal Knowledge*. Vol. 1 (4): 162-168.
- Novo, L. (2010). A procura de cuidados de saúde no distrito de Viana do Castelo. Dissertação de mestrado. Universidade do Porto, Portugal.
- NSW DEPARTMENT OF HEALTH (2008). Incident Management in the NSW Public Health System. North Sydney. ISBN: 978-1-74187-130 2
- Olabuénaga, J. I. R. (2007). Sociologia de las organizaciones complejas. Universidad de Duesto, Bilbao, ISBN: 9788498300765.
- Olabuénaga, J.I.R. (1999). Metodologia de la investigación cualitativa. 2ª ed.
- Ordem dos enfermeiros (OE) (2003). Competências do enfermeiro de cuidados gerais – Lisboa, Ordem dos Enfermeiros, Conselho de Enfermagem, pp. 24.
- Ordem dos enfermeiros (OE) (2001). Código Deontológico do Enfermeiro - Capítulo VI- Secção II do Estatuto da Ordem, publicado em anexo ao Decreto-Lei 104/98, de 21 de Abril.
- Orem, D. E. (2001). Nursing: Concepts of practice. 6th ed.. St. Louis, MO: Mosby.
- Orem, D.E. (1995). Nursing: Concepts of practice. 5th edition. St. Louis, MO: Mosby-Year Book Inc.
- Orem, D. E. (1987). Soins infirmiers: les concepts et la pratique. Montréal: Décarie.
- Orlando, I. (1961). The dynamics nursepatient relationship. New York: G. P. Putnam's Sons.

- Pandit, N. R. (1996). The Creation of Theory: A Recent Application of the Grounded Theory Method. The Qualitative Report, 2 (4) December.
- Paterson, J. G., Zderad, L. T. (1988). Humanistic nursing. (Publication nº 412218, pp. 1-129), New York: National League for Nursing.
- Paterson, J. G., & Zderad, L. T. (1976). Humanistic nursing. New York: John Wiley & Sons.
- Peplau, H. (1952). Interpersonal relations in nursing. Putnam, New York.
- Peplau, H. (1990). Relaciones interpersonales en enfermería. Barcelona: Salvat Editores.
- Pereira, M. (2005). Comunicação de más notícias em saúde e gestão do luto: Contributos para a formação em Enfermagem. Porto: Universidade do Porto - Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação.
- Pereira, S., Silva, A. O., Quintas, M., Almeida, J., Marujo, C., Pizarro, M., Freitas, A. F. (2001). Appropriateness of emergency department visits in a Portuguese university hospital. Annals of Emergency Medicine, 37(6), 580-586.
- Pickard, A., Dixon, P. (2004). The applicability of constructivist user studies: How can constructivist inquiry inform service providers and systems designers? Information Research, 9(3): 2-12.
- Pires, A. L. O. (1994). Educação e formação ao longo da vida: análise crítica dos sistemas e dispositivos de reconhecimento e validação de aprendizagem de competências. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian: Ministério da Ciência e do Ensino Superior.
- Plant, H. (2001). The impact of cancer on the family, In: Corner J. Bailey, C. (eds) Cancer Nursing. Care in contexto, Blackwell, Oxford.
- Polit, D., Beck, C. (2004). Nursing Research: Principles and Methods. 7th Edition, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
- Polit, D., Hugler, B. (1995). Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 3ª ed. Porto Alegre. Edições Artes Médicas. P.168-207.
- Pombo, Olga (2004). Interdisciplinaridade: Ambições e Limites. Viseu. Relógio d'Água
- Ponce, P., Teixeira, J. (Coord.) (2006). Manual de Urgências e Emergências. Editora Lidel, ISBN: 97879727573653.
- Popay, J., Rogers, A., Williams, G. (1998). Rationale and standards for the systematic review of qualitative literature in health services research. *Qualitative Health Research*, 8: 341-351.
- Popper, K. R. (1974). Darwinismo as a metaphysical research programme, in Schilpp, P.S. (ed.) The Philosophy of Karl Popper, pp.133-43 (La Salle: Open court).

- Popper, K. (1959) - The logic of scientific discovery. London, Hutchinson.
- Portugal (1996). Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de Setembro. Diário da República I Série-A, (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros).
- Portugal (2009). Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Código Deontológico).
- Potter, P.A., & Perry, A. G. (2006). Fundamentos de enfermagem. Conceitos e procedimentos (5ª ed.). Loures: Lusociência. ISBN: 9789728930240.
- Primeau, L. A. (2003). Reflections on self in qualitative research: Stories of family. *American Journal of Occupational Therapy*, 57, pp. 9-16.
- Punch, K. (2009). Introduction to Research Methods in Education. SAGE Publications Ltd, London. ISBN: 978-1-84787-016-6.
- Queirós, P. (2015). O saber dos enfermeiros peritos e a racionalidade prático-reflexiva. *Revista Investigación y educación en Enfermería – Nursing Research and Education*. Universidade de Antioquia. Vol. 33(1): 83-91.
- Ramezani-Badr, F., Nasrabadi, A., Yekta, Z., Taleghani, F. (2009). Strategies and criteria for clinical decision making in critical care nurses: a qualitative study. *Journal of Nursing Scholarship: An Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 41(4): 351-358.
- Rebelo, M. T. S. (1996). Os discursos nas práticas de cuidados de enfermagem, contributo para a análise das representações sociais. *Sinais Vitais*, 9.
- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. REPE (1996). Aprovado pelo Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de Setembro.
- Ribeiro, E. A. (2008). A perspectiva da entrevista na investigação qualitativa. Evidência: olhares e pesquisa em saberes educacionais, Araxá/MG, Vol. 4, pp.129-148.
- Rogers, C. R. (1995). On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy. New York, Mariner Books.
- Rogers, C. R. (1974). Terapia centrada no paciente. Lisboa: Moraes Editores.
- Rogers, M. E. (1970). Na introduction to the theoretical basis of nursing. Philadelphia: F. A. Davis.
- Ruane, T., Brody, H. (1987). "Understanding and teaching continuity of care." *Journal of Medical Education*, 62, pp. 969-974.
- Sapeta, P. (2011). Cuidar em Fim de Vida. O Processo de Interação Enfermeiro-Doente. Edição Lusociência. ISBN: 9789728930691.



- Scheffer, B. K., Rubenfeld, M. G. (2000). A consensus statement on critical thinking in nursing. *Journal of Nursing Education*, 39, pp. 352-359.
- Schön, D. A. (2000). Educando o profissional reflexivo: um novo design para o ensino e a aprendizagem. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Schön, D. A. (1998). A la recherche d'une nouvelle épistémologie de la pratique et de ce qu'elle implique pour l'éducation des adultes. In: Barbier, J.M. (org.) - Savoirs théoriques et savoirs d'action. 2<sup>a</sup> edition. Paris: Presses Universitaires de France.
- Schön, D. A. (1996). The reflective practitioner how professionals think in action. Aldershot: Arena.
- Schön, D. A. (1987). Educating the reflective practitioner: Toward a new design for teaching and learning in the professions. San Francisco: Jossey Bass.
- Schön, D. A. (1983). The reflective practitioner: How professionals think in action. New York: Basic Books.
- Schutz, A. (2008). El problema de la realidade social. Buenos Aires: Amorrortu. ISBN: 9789505182510.
- Scott, L., Arslanian-Engoren, C., Engoren, M. (2014). Association of sleep and fatigue with decision regret among critical care nurses. *American Journal of Critical Care: An Official Publication, American Association of Critical-Care Nurses*, pp. 13-23.
- Sellman, D. (2007). Trusting patients, trusting nurses. *Nursing Philosophy*, 8(1): 28-36.
- Serrano, M., Costa, A., Costa, N. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*, III Série, nº3, Março, pp.15-23.
- Serrano, M. T. (2008). Desenvolvimento de competências dos enfermeiros em contexto de trabalho. Dissertação para grau de doutor, Universidade de Aveiro.
- Silva, J. (2013). A família e o Doente em situação crítica em Fim de Vida: Estratégias de comunicação em Enfermagem. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Silva, A. (2009). A Qualidade do Serviço de Urgência: Percepções dos Utentes e dos Prestadores. Dissertação de Mestrado. Universidade de Aveiro.
- Silva, M.C., Sorrell, J.M., Sorrell, C.D. (1995). From Carper's Patterns of Knowing to Ways of Being: An Ontological Philosophical Shift in Nursing. *Advances in Nursing Science*, 18, 1-13.
- Simmons, B. (2010). Clinical reasoning: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 66(5): 1151–1158.

- Simões, A., Simões, J. (2007). “Avaliação Inicial de Enfermagem em linguagem CIPE segundo necessidades humanas fundamentais.” *Referência*, 2ª Série, nº 4, pp. 9-23.
- Sorensen & Luckmann (1998). *Enfermagem fundamental: Abordagem psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta.
- Sourial, S. (1997). An analysis of caring. *Journal of Advanced Nursing*, Volume 26(6): 1189-1192.
- Speziale, D. R., Carpenter, H. J. (2003). *Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative*. 3ª edição. Lippincott Williams & Wilkins, ISBN: 9780781734837.
- Spradley, J. P. (1980). *Participant Observation*. Orlando-Florida. Harcourt Brace Jovanovich College Publishers.
- Spradley, J. (1979). *The ethnographic interview*. New York: Holt.
- Starfield, B. (1980). “Continuous Confusion?” *American Journal of Public Health*, Vol. 70 (2): 117- 118.
- Stillwell, S., Fineout-Overholt, E., Melnyk, B., Williamson, K. (2010). Asking the clinical question: a key step in evidence-based practice. *American Journal of Nursing*, 110(3): 58-61.
- Strauss, A., Corbin, J (2002). *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.
- Strauss, A., Corbin, J. (1998). *Basics of Qualitative Research. Thechniques and Procudures for Developing Grounded Theory* – London: Sage Publications, 2ª ed.
- Strauss, A., Corbin, J. (1990). *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. Sage Publications.
- Streubert H.J., Carpenter, D. (2011). *Investigação Qualitativa em Enfermagem*. 5ª edição, Lusodidacta. ISBN: 9789898075345.
- Streubert, H.J., Carpenter, D. (2011). *Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative*. Wolters Kluwer, Philadelphia. ISBN: ISBN 978-0-7817-9600-2.
- Streubert, H., Carpenter, D. (2007). *Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative*. Lippincott Williams & Wilkins. ISBN: 9780781763134.
- Streubert, H., Carpenter, D. (2002). *Investigação qualitativa em Enfermagem - Avançando o imperativo humanista*. Tradução Ana Paula Santos. Lisboa: Lusociência.
- Streubert, H.J.; Carpenter, D.R. (1995). *Qualitative research in nursing. Advancing the humanistic imperative*. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.

- Swanson & Morse, J., Kuzel, A. (2001). *The Nature of Qualitative Evidence*. Sage Publications, ISBN: 9780761922858;
- Swanson, K. (1991) - Empirical Development of Middle Range Theory of Caring, *Nursing Research*, 40(3); pp 161-166.
- Taber, K. S. (2009). Learning at the symbolic level. In J. K. Gilbert, & D. F. Treagust (Eds.), *Multiple representations in chemical education*. Dordrecht: Springer. pp.75-108.
- Takaoka-Yahiro, M., Saylor, C. (1994). A critical thinking model for nursing judgment. *J. Nurs. Educ.*, Vol. 33(8): 351-6.
- Tanner, C. (2006). Thinking like a nurse: A research-based model of clinical judgement in nursing. *Journal of Nursing Education*, 45(6): 204-211.
- Tanner, C. A., Benner, P., Chesla, C., Gordon, D. R. (1993). The phenomenology of knowing the patient. *Image*, 25(4): 273-280.
- Tarlier, D. (2004). Beyond caring: the moral and ethical bases of responsive nurse-patient relationships. *Nursing Philosophy*. 5(3): 230-241.
- Thompson, C. (1999). Qualitative research into nurse decision making: factors for consideration in theoretical sampling - *Qualitative Health Research*, Nov, 9(6): 15-28.
- Thompson, C., Aitken, L., Doran, D., Dowding, D. (2013). An agenda for clinical decision making and judgement in nursing research and education. *International Journal of Nursing Studies*, 50 (12): 1720-1726.
- Thompson, C., Bucknall, T., Estabrookes, C., Hutchinson, A., Fraser, K., Saunders, J. (2009). Nurses' critical event risk assessments: a judgement analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 18(4): 601-612.
- Thompson, C., Dowding, D. (2002). *Clinical decision making and judgement in nursing*. Churchill Livingstone.
- Travelbee J. (1972). *Interpersonal Aspects of Nursing*. F.A. Davis, Philadelphia.
- Trinidad, A., Carrero, V., Soriano, R. (2006). Teoría Fundamentada «Grounded Theory» La construcción de la teoría a través del análisis interpretacional. Centro de Investigacioner Sociológicas, Madrid. ISBN: 9788474763980.
- Tversky, A., Kahneman, D. (1974). Judgment under Uncertainty: Heuristics and Biases. *In Science*, Sep., Vol. 185, 4157.
- Van Bogaert, P., Kowalski, C., Weeks, S., Van Heusden, D., Clarke, S. (2013). The relationship between nurse practice environment, nurse work characteristics, burnout and job outcome and quality of nursing care: a cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 1667-1677.

- Vaughan, B. (1991). Patient education in therapeutic nursing. In: McMahon, R.; Pearson, A. (org.) - Nursing as therapy. London: Chapman & Hall.
- Vaz, C., Catita, P. (2000). Cuidar no Serviço de Urgência. Setembro. Lisboa. *Nursing*. Nº 148, pp. 14-17.
- Vietta, E.P. (1986). Elaboração do Processo de Enfermagem com Base no Marco Conceitual para a Prática da Enfermagem Social. Tese de Livre-Docência EERP-USP, Ribeirão Preto.
- Walker, L.O., Avant, K.C. (1995). Strategies for theory construction in nursing. 3ª ed. London: Appleton and Lange.
- Watson, J. (1998). Le caring. Philosophie et sciences des soins infirmiers. Paris: Ed. Seli Arsean.
- Watson, J. (1988). Nursing: Human science and human care. A theory of nursing. New York: National League for Nursing.
- Watson, J. (1985). Nursing: the philosophy and science of caring. Boulder: Colorado Associated University Press.
- Watson, J. (1981). Nursing's scientific quest. *Nursing Outlook*, 29(7): 413-416.
- Weber, M. (1979). Sobre a teoria das ciências sociais. 3ª ed. Lisboa: Presença.
- Wells, M. (2001). The impact of cancer. Corner, J.; Bailey, C. (Ed.) - Cancer nursing. Care in context. Oxford: Blackwell Science.
- White, J. (1995). Patterns of knowing: review, critique and update. *Advanced Nursing Science*, Vol. 17(4): 73-86.
- Wilkes, L. M., Wallis, M. C. (1998). A model of professional nurse caring: nursing students' experience. *Journal of Advanced Nursing*, 27(3): 582-589.
- Wolfer, J. (1993). Aspects of reality and ways of knowing in nursing: in search of an integrating paradigm. Image: Journal of Nursing Scholarship.
- World Health Organization. WHO. (2006). Working together for health. The World Health Report 2006, WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
- Yin, R. K. (2002). Case Study Research: Design and Methods. Applied Social Research Methods Series. Vol. 5. 3ª edition. Sage Publications.
- Yura, H., Walsh, M. (1973). The nursing process: assessing, planning, implementing, evaluating; 2ª ed., Appleyon-Century Crofts, New-York. ISBN: 9780390970732.
- Zeichner, K. (1993). A formação reflexiva de Professores: Ideias e Práticas. Educa, Professores, Lisboa, ISBN: 972-9036-07-8.

